



## FICHE D'INSCRIPTION A L'ASSOCIATION

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse Email (lisible) : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Niveau de plongeur : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Nb de plongée : \_\_\_\_\_

*Je déclare me conformer aux statuts de l'association « ABYSS » et respecter les consignes de sécurité et de prudence lors de mon évolution autour des bassins ainsi qu'à proximité de toute étendue d'eau.*

*Je ne pénétrerai dans l'eau qu'accompagné(e) d'un autre membre et dans tous les cas qu'après avoir averti l'un au moins des encadrants.*

*Je m'engage à respecter les règles de sécurité de plongées qui m'ont été enseignées lors de mes passages de niveaux.*

*Pour toutes les séances, tant en milieu protégé (piscine) que naturel, je m'engage à ne pas absorber de boissons alcoolisées ou toute substance nocive.*

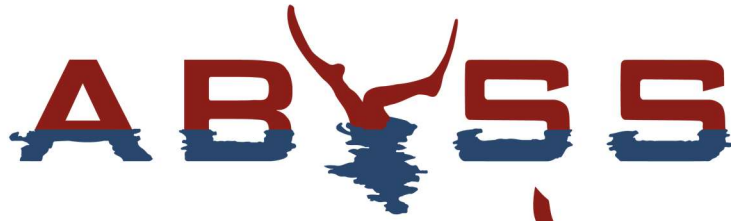
**NOTA : Les cotisations ne seront pas remboursées, même partiellement, en cas d'arrêt de l'activité**

Pour les mineurs : signature des parents précédée de la mention « Lu, approuvé et expliqué à mon enfant ».

Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

« \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ »

Signature



Plongée  
Sarreguemines



## CERTIFICAT MEDICAL

De non contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine de loisirs

**Le demandeur :**

Nom et prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu et pays de naissance : .....

Adresse : .....

.....

**Nom et Prénoms du médecin traitant ou de famille :**

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

**Le médecin :**

Le demandeur souhaite pratiquer la plongée sous-marine de loisirs avec bouteilles à l'air comprimé.

Merci de bien vouloir donner votre avis pour la pratique de cette activité de loisir par la personne nommée ci-dessus.

Je déclare Mlle, Mme, M. .... de ne présenter aucune contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine de loisirs.

Je ne peux pas délivrer de certificat à la personne nommée ci-dessus.

**Cachet du médecin**

**Date et signature :**