FICHE D'INSCRIPTION A L'ASSOCIATION

NOM :_____ PRÉNOM:_____

Date et lieu de naissance : _____/_____/_____ A_____

Adresse :_____

Adresse ÉMAIL lisible : _____

Téléphone portable : _____

Profession : _____

Niveau 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.

J'autorise , je n'autorise pas (rayer la mention inutile), le club ABYSS à diffuser les photographies prises sur lesquelles je figure, en vue de les diffuser pour illustrer tout type de documents produits par le club (affiche, document de communication, dossier projet...) ou produit par un financeur du club (Ville de Sarreguemines, Département, sponsor privé...) ou de les mettre en ligne à la disposition de toute personne qui viendra se connecter sur le site Internet désigné à l'adresse : http://57abyss.fr

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 :

CERTIFICAT MÉDICAL

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

Le demandeur :

Nom et Prénom :_____

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 :