GOBIE CLUB PLONGÉE

# FICHE D’INSCRIPTION SEPTEMBRE 2014 - JUIN 2015

**IDENTIÉ NOM : PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse e-mail :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

PHOTO

# PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’ACCIDENT

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse e-mail :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

Niveau et/ou qualification de plongée obtenu : .......................................................................................................

Niveau préparé : Aucun Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Autre : ................................... Nombre de plongées : Date de la dernière plongée :

Allergie à l’aspirine : OUI NON Groupe sanguin / Rhésus : Autres particularités médicales :

**DOCUMENTS À FOURNIR**

**.** Fiche d’inscription *Dûment complétée et signée*

**.** Justificatif du niveau *Photocopie du diplôme*

**.** Une photo d’identité *À coller sur la fiche d’inscription*

**.** Certificat médical de moins de 3 mois *Garder une copie*

**.** Chèque à l’ordre du GCP

**.** Si pas d’e-mail : deux enveloppes timbrées

# AUTORISATION PARENTALE

**TARIFS**

1er membre **245€**

*Cotisation club - licence - une fosse offerte*

2nd membre (-12 ans) **70€**

*Cotisation club - licence - une fosse offerte*

Membre (-16 ans) **160€**

*Age au 1er septembre de la saison en cours*

Membre (sans entraînement piscine) **70€**

*Cotisation club - licence*

*Rappel : la FFESSM ne pratique la plongée sous-marine pour enfant qu’à partir de 8 ans*

Je soussigné ................................................., responsable légal de l’enfant, autorise celui-ci à pratiquer l’activité plongée sous-marine avec bouteille au sein de l’association **Gobie club Plongée**.

# Date : Signature avec la mention « Lu et approuvé »

J’approuve les règlements de la F.F.E.S.S.M., de la piscine, des fosses, du club ainsi que les statuts.

# Date : Signature avec la mention « Lu et approuvé »

J’ai pris connaissance de l’intérêt à souscrire une assurance complémentaire et **je ne souhaite pas y souscrire**. **Date : Signature avec la mention « Lu et approuvé »**