



# GOBIE CLUB PLONGÉE

<http://gobieclub.org>



## FICHE D'INSCRIPTION SEPTEMBRE 2024 - JUIN 2025

### IDENTITÉ

NOM : \_\_\_\_\_ de NAISSANCE: \_\_\_\_\_

PRÉNOM(s) : \_\_\_\_\_

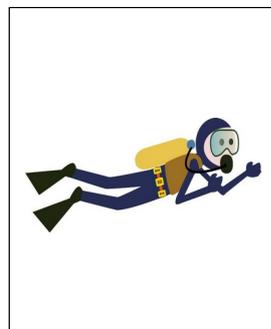
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_



### PERSONNE A PRÉVENIR 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 : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

Niveau et/ou qualification apnée obtenu : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

Niveau préparé :  Aucun PE : \_\_\_\_\_ PA : \_\_\_\_\_ Autre (apnée) : \_\_\_\_\_

Nombre de plongées : \_\_\_\_\_ Date de la dernière plongée : \_\_\_\_\_

Allergie à l'aspirine : \_\_\_\_\_ 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 d'un an *Garder une copie*
- . Chèque à l'ordre du GCP ou virement *(cf. IBAN ci-dessous)*

### TARIFS ( plein /réduit\* )

Adulte **270€ / 256,50€**

*Cotisation club - licence - une fosse offerte accès piscine le mercredi*

Moins de 16 ans **190€ / 180,50€**

*Cotisation club - licence accès piscine le mercredi*

Adhésion sans entraînement piscine **70€ / 66,50€**

*Cotisation club licence*

Aidant / Accompagnant **22€ / 20€**

*licence*

J'approuve les règlements de la FFESSM, 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 »

**La souscription à l'assurance complémentaire est à la charge de l'adhérent.**  
**Pour plus d'information voir le document "Assurance complémentaire"**

- Fiche à compléter, imprimer, signer et à retourner au secrétaire du club

- IBAN du compte bancaire GCP (pour virements) **FR61 2004 1010 1248 3608 5E03 393**

(\*) Tarif réduit de 5% dans les cas suivants :

a) personnes domiciliées à Malakoff , b) enfants de - de 12 ans