



SAISON 2024/25
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
valant demande de licence

lesbulleslangroises@gmail.com
<http://www.les-bulles-langroises.com>

Ces renseignements ne pourront être consultés que par les membres du comité directeur.

NOM : Prénom : Profession :

Date et lieu naissance + CP :

Adresse :

Ville et CP :

N° tél : N°Port : Mail :

N° LICENCE : Niveau PLONGEE : TIV : oui - non

APNEE :

Joindre à cette fiche le **DOUBLE** de votre certificat médical en cours de validité ou l'envoyer par Mail,

DATE CERTIFICAT MEDICAL :

Je m'engage à consulter le site internet du Cabinet LAFONT pour étudier les assurances complémentaires (ex : voyage à l'étranger) qui ne sont pas délivrées par le club.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et accepter de m'y conformer.

J'autorise le club à utiliser mon image sur le site web : oui non

Je souhaite intégrer le groupe Whatsapp : oui non

ENCADRANT : J'accepte que les renseignements soient soumis au contrôle de la FFESSM :

DATE :

SIGNATURE :

POUR LES MINEURS :

Je soussignéResponsable légal, autorise le mineur
à pratiquer les activités du club en toute connaissance des risques encourus. J'autorise les responsables du club
et les moniteurs à organiser, en cas de besoin, une prise en charge médicalisée vers un service approprié.

DATE :

SIGNATURE :