

TRES IMPORTANT :

Remplir soigneusement cette fiche d'inscription et rendre le dossier complet dans les meilleurs délais.
 Votre licence (format carte bancaire) vous sera envoyée directement par le siège fédéral de Marseille.

Version 06

Tout changement d'adresse ultérieur devra être signalé.

www.subaquatic-forbach.fr
Subaquatic Club de l'Agglomération de Forbach (SCAF)
Saison 2018/2019
APNEE
Cette demande de licence fédérale est à compléter et sera accompagnée de :
TARIFS

1 photo d'identité,
 membre APNEE Adulte = 140,00 €; jeune (-16ans) = 130,00 €
 réduction 2^{ème} et 3^{ème} membre = 5 euros ; 4^{ème} = 10 euros
 réduction pour membre sénior = 10 euros (+ 65 ans)
 réédition carte licence perdue = 12 euros

 PHOTO

Certificat médical obligatoire datant de moins d'un an pour pratiquer les activités de la Fédération

Chèque au nom du SCAF

 Licence n° A - 0 _ _ - _ _ _ _ _
 (n° idem précédente)

NOM (*) M. – Mme – Mlle : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Départ. |_|_| Lieu : _____

Adresse : n° _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville : _____

Email : _____

Tél. : DOM _____ TRAV _____ PORT _____

Catégorie professionnel : _____

Taille T-shirt	F =	H =
----------------	-----	-----

 Assurance complémentaire : |_| NON / |_| OUI
 L2 = 20,00 € ; L1 top = 39,00 €

 revue SUBAQUA :
 6 numéros = 26,00 € |_| NON / |_| OUI
 12 numéros = 49,00 € |_| NON / |_| OUI

 (voir le site www.axa-lafont.com pour plus de renseignements)

 Quel diplôme souhaitez-vous préparer pendant la **saïson 2018/2019** : _____

 Par la signature de la présente fiche d'inscription, je reconnais avoir pris connaissance des statuts et règlement intérieur et du projet associatif du club (Document consultable sur le site du club – www.subaquatic-forbach.fr)

 Je n'autorise pas le club à diffuser ma photo sur le site du club ou dans la presse

Signature**Pour les moins de 18 ans**

 Je soussigné _____ père – mère – représentant légal (*)
 Autorise _____ à pratiquer l'apnée

A Forbach le _____

Signature : Je n'autorise pas le club à diffuser la photo de mon enfant sur le site du club ou dans les articles de presse

Formation secourisme

Disposez-vous du

PSC1 |_| NON / |_| OUI

RIFAA |_| NON / |_| OUI

(*) barrer les mentions inutiles

Partie réservée au Secrétariat du Club
Certificat médical :

Date du certificat médical de non C.I. : _____ / _____ / 2018

Médecin O.R.L. : _____

Médecin fédéral ou CES sport ou autre : _____

Activités au club :

Encadrement NAP / Juge NAP / médecin fédéral / encadrement plongée / encadrement APNEE / gonfleur / T.I.V. / membre du comité

NIVEAU Apnée : actuel |_|_|_|_| en préparation |_|_|_|_|

Encaissement : |_|_|_|_| , |_|_|_|_| €

Observations : _____

Nota : le club organise avec la collaboration de nos médecins fédéraux une visite médicale club. La date sera précisée sur le site du club