

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2018

# SURF



Remplissez soigneusement ce bulletin puis retournez-le à :

Ecole Française de Surf / Absolute Surf – 4, rue Kreisker 29160 Crozon – Morgat

## INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

E-mail : ..... N° LICENCE : .....

## FORMULE CHOISIE: (Cochez la case correspondante)

- |  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Formule 1 session 2h30 ..... 45€ (Arrhes 20€)     | <input type="checkbox"/> 13h30 | <input type="checkbox"/> 16h00 |
| <input type="checkbox"/> Formule 3 sessions 2h30 ..... 120€ (Arrhes 40€)   | <input type="checkbox"/> 13h30 | <input type="checkbox"/> 16h00 |
| <input type="checkbox"/> Stage Semaine 2h30 ..... 160€ (Arrhes 50€)        | <input type="checkbox"/> 13h30 | <input type="checkbox"/> 16h00 |
| <input type="checkbox"/> Stage Semaine Intensif 3h ..... 195€ (Arrhes 70€) | <input type="checkbox"/> 9h00  |                                |
| <input type="checkbox"/> Cours particulier 1h30 ..... 70€ (Arrhes 35€)     |                                |                                |

## NIVEAU DE PRATIQUE :

\*Niveau Passeports FFS

- Débutant  
 Première Mousse  
 Vague de Bronze  
 Vague d'Argent  
 Vague d'Or

« La licence fédérale pratiquant FFS 2018 est incluse dans nos tarifs »

## DATES SOUHAITEES:

Du ..... au .....

## EN CAS D'ACCIDENT:

(Personnes à prévenir)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Problèmes médicaux à signaler :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## AUTORISATION PARENTALE :

(Pour les mineurs)

Je soussigné.....  
.....parent ou tuteur légal,  
Autorise mon fils/ma fille.....  
.....  
à suivre les cours d'enseignement SURF  
organisés par cette Ecole Française de Surf. Je  
certifie qu'il/elle est médicalement apte à  
cette pratique sportive. En conséquence, je  
dégage l'ESB Crozon de toute responsabilité  
en cas d'accident lui survenant, ou provoqué  
par suite de son inaptitude physique ou  
médicale, ou non respect des consignes du  
moniteur. Je déclare avoir pris connaissance  
des informations du règlement intérieur,  
également disponible sur notre site :  
[www.absolutesurf.com](http://www.absolutesurf.com)

**CAPACITE A NAGER :** Nager au moins 25m  
et mettre la tête sous l'eau quelques secondes

OUI  NON

## DECHARGE:

(Pour les majeurs)

Je, soussigné .....  
.....  
certifie que je suis médicalement apte à la  
pratique de cette discipline sportive.  
Les modalités de l'examen médical établissent  
l'absence de contre-indication à la pratique du  
SURF.  
En conséquence, je dégage l'ESB Crozon de  
toute responsabilité en cas d'accident me  
survenant, ou provoqué par suite de mon  
inaptitude physique ou médicale, ou non  
respect des consignes du moniteur.  
Je déclare avoir pris connaissance des  
informations du règlement intérieur,  
également disponible sur notre site :  
[www.absolutesurf.com](http://www.absolutesurf.com)

**CAPACITE A NAGER :** Nager au moins 25m  
et mettre la tête sous l'eau quelques secondes

OUI  NON

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'assurance et notamment de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire de  
personne. Date : Signature :