

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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 2019 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

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

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 :