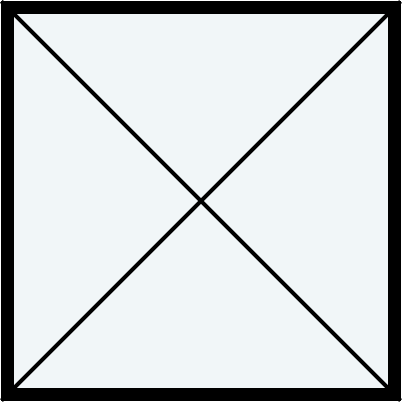
|  |
| --- |
|  |

S.P.L.A.S.H

*Tel : 01 39 97 80 16*

## Club de Plongée Libre - 95220 HERBLAY - N° Fédéral 07950375

# Déclaration en préfecture du 26/11/79 N° A 520

Agrément DDJS du 17 /09/93 N° 95 93 22 Siret 452 509 573 00013

**FICHE D’INSCRIPTION ET DE SECURITE**

(REMPLIR SOIGNEUSEMENT CETTE FICHE EN MAJUSCULES D’IMPRIMERIE):

NOM : PRENOM : Niveau : PROFESSION :

NE(E) LE : A : Paris Département : N° licence FFESSM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : EMAIL :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’ACCIDENT**  NOM : M. / Mme. | NOM : | |
| Prénom : | Prénom : | |
| Lien de parenté : | Lien de parenté : | |
| Adresse : | Adresse : | |
| Code postal : | Code postal : | |
| Ville : Clamart | Ville : | |
| Téléphone : | Téléphone : | |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :** Adresse et téléphone du médecin habituel NOM : Téléphone :  Adresse :  Code postal : Ville : | |

Je déclare avoir pris connaissance des recommandations figurant sur la fiche annexe. Je déclare en outre adhérer aux statuts du S.P.L.A.S.H. du 24/06/2014 qui sont mis à ma disposition au sein du club.

Par l’inscription au SPLASH, j’autorise le club à diffuser les photos et vidéos prises dans le cadre de l’activité du club sur les supports de diffusion du SPLASH.

Conformément à ces statuts, je sollicite mon inscription au club de Plongée S.P.L.A.S.H. pour la saison :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20\_\_\_/20\_\_\_ Cotisation :  Paiement par : | Assurance : | Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature : |
| 20\_\_/20\_\_ Cotisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€  Paiement par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature : |
| 20\_\_/20\_\_ Cotisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€  Paiement par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature : |
| 20\_\_/20\_\_ Cotisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€  Paiement par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature : |