



Section Yole

Bulletin d'Adhésion - Année 2018/2019

Je soussigné,

Nom : m'engage à participer aux différentes activités organisées par la section Yole

Prénom :

Date de naissance :

Adresse:

Code postal :

Ville :

Cotisation annuelle :

Téléphone :

- Adolescents (+ de 14 ans) et étudiants : 24 €

Portable :

- Adultes de plus de 18 ans : 36 €

E mail : @

- je m'inscris comme équipier
- j'accepte de prendre des responsabilités

→ **Attestation de natation :**

- J'atteste de mon aptitude ou de celle de mon enfant à savoir nager, minimum 50 mètres.

→ **Droit à l'image :**

- J'autorise la section Yole à utiliser les images me concernant et prises dans le cadre des activités de la section Yole pour sa promotion sur tout support y compris Internet et les réseaux sociaux.

→ **Je joins :**

- Un **Certificat Médical**, datant de moins d'un an, de non contre indication à la pratique de la voile/aviron .

Date:/...../.....

Signature:

Remplissez votre bulletin, libellez votre chèque à l'ordre de **S.I. Varades section Yole** et adressez l'ensemble à:

S.I Section Yole, Couilleault Stéphane, La basse Boisdonnerie 44370 Montrelais

ATTENTION, LA NAVIGATION NE SERA PAS POSSIBLE SI LA COTISATION N'EST PAS REGLEE ET LE CERTIFICAT MÉDICAL NON FOURNI

* Rayer la mention inutile

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné,..... père, mère, tuteur, autre (précisez) autorise mon fils *, ma fille*..... à devenir membre et à participer aux activités de la Section Yole du Syndicat d'Initiative de Varades.

J'autorise les responsables à prendre toutes les dispositions qui s'imposent en cas d'accident survenant pendant les activités.

L'association décline toute responsabilité pour tous les agissements des participants et de leurs conséquences en dehors des heures d'activités.

Je m'assure donc de sa prise en charge au lieu et heure indiqués. En cas d'empêchement, j'en informe le responsable.

AUTORISATION DE PRATIQUER UNE INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné,..... père, mère, tuteur, autre (précisez) autorise le médecin à pratiquer en urgence une intervention chirurgicale avec anesthésie générale, **en cas d'impossibilité de me joindre**,

Sur mon fils *, ma fille*..... né(e) le .../.../.....

Personne(s) à prévenir en cas d'accident (nom, adresse, n° de tel)

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

Date : le/...../.....

Signature

et mention « lu et approuvé » manuscrite :