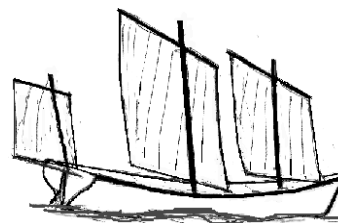




VARADES



Section Yole

Bulletin d'Adhésion - Année 2025/2026

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 : 28 €
- Soutien (pas de licence FVA, pas de navigation
possible) : 30 €

Portable :

- Adultes de plus de 18 ans : 44 €

E mail (lisible):

- ☐ 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.

→ **Communication Whatsapp :**

- ☐ J'autorise la section Yole à m'ajouter dans le groupe Whatsapp pour les communications liées aux activités de la section.

→ **Je joins :**

- ☐ **Une attestation QS Sport** si j'ai répondu non à toutes les questions du questionnaire CERFA.
- ☐ Un **Certificat Médical**, datant de moins d'un an, de non contre indication à la pratique de la **voile/aviron** si j'ai répondu oui à au moins une question du questionnaire, ou que je suis un nouvel adhérent.
- ☐ Je ne souhaite pas souscrire la garantie complémentaire « Option I. A. Sport+1 » auprès de la MAIF (sinon fournir le document MAIF rempli et ajouter 14,15€ au règlement).

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, Hélène CAPRONNIER, 5 Rue Aristide Briand 44400 REZE
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.

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

Signature :

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 :