



Ecole de voile & de planche à voile

Association loi 1901, affiliée à la FFV et agréée jeunesse et sport

Port de la Pointe Rouge 13008 MARSEILLE

Tél : 04 91 73 44 11 ou 06 03 69 47 19

www.pacific-palissades.com / e-mail : pacific.palissades@orange.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION pour les pers. de 18 ans ou plus

Nom : Prénom :
 Né(e) le : N° de licence ou du passeport voile (obligatoire réservée au club) :
 Adresse :
 Code Postal : Profession :
 Tél. domicile : Tél. portable : Tél. Travail :
 N° de sécurité sociale : E-mail :
 ACTIVITE : Planche à Voile Optimist Laser Picot Catamaran Autre :

FORMULE ET JOURNEE CHOISIE POUR LA FORMULE HEBDOMADAIRE

1 Séance 4 Séances 8 Séances 12 Séances 15 Séances 30 Séances A la carte 5 séances A la carte 10 séances A la semaine

Lundi ou Mardi ou Mercredi ou Jeudi ou Vendredi ou Samedi ou Dimanche r
 Matin (10 h à 13 h) ou Après midi (14 h à 17 h) ou La journée (10 h à 13 h et 14 h à 17 h)

PERIODE CHOISIE : Duau inclus
 NIVEAU ESTIME : Débutant Niv.1 Jaune Niv.2 Orange Niv.3 Vert Niv.4 Bleu Niv.5 Violet
 MONTANT DU STAGE La cotisation€, l'adhésion€ et le livret EFV€
 PAIEMENT Chèque € Espèces € ANCV€ L'Attitude 13€

LES PIECES A FOURNIR A L'INSCRIPTION

- Fiche d'inscription à rendre dûment remplie et signée.
- Certificat médical de moins d'un an, avec la mention de non contre-indication à la pratique de la voile et planche à voile.
- Certificat médical de moins d'un an, avec la mention de non contre-indication à la pratique de la voile et planche à voile.
- Achat d'un stage ou formule hebdomadaire aucun remboursement ne sera effectué, aucun report ne sera accepté sur la saison suivante et ni céder à un tiers.
- J'atteste être capable de plonger puis de nager au moins 50 mètres.
- Je déclare prendre connaissance du règlement intérieur affiché dans l'école de voile, Pacific Palissades Surf Ecole, et disponible à la demande.
- J'atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence de la FFV ou au passeport voile et, avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux Invalidité et Décès plus élevés, (Cf. formulaire Flash assurance de la MAIF). A l'accueil n°3948740.N, régi par le code des assurances, l'autre auprès de la MDS, n°2119, régi par le code de la mutualité.

Je souscris à l'une des formules de garantie complémentaires*

Je refuse de souscrire à ses garanties complémentaires*

*cocher la case correspondant au choix.

Personne à prévenir en cas d'accident

Nom, prénom : Tél. domicile : Tél. portable :
 Tél. Travail : Autres téléphones (en cas d'urgence) :
 Fait à : le : <<Lu et approuvé>> Signature.