



THALASSA - Adhésion saison 2023/2024

Centre nautique - 2 Rue du Commandant Mouchotte - 71300 Montceau les mines

site web : <https://www.thalassa-montceau71.com>

adresse mail : thalassa.montceau@gmail.com

**Le dossier devra être rendu complet et signé pour être pris en compte
(fiche d'adhésion signée, copie du certificat médical, autorisation parentale pour les mineurs)**

Les tarifs des cotisations et des assurances sont disponibles sur le site du club

Seuls les adhérents à jour de licence et de cotisation pourront prétendre aux accès piscine et activités de Thalassa

NOM Prénom

Date et lieu de naissance

Adresse

CP - Ville

Téléphone personnel : Portable :

Adresse mail

Profession

N° licence (identique tous les ans)

Personne à prévenir en cas d'accident (nom, lien de parenté, téléphone) :

A compléter pour les mineurs

	Père	Mère	autre (préciser)
NOM Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACTIVITES (cocher l'activité choisie)

	Niveau	RIFAA Oui/Non	RIFAP Oui/Non
Apnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole de plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nage avec palmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COTISATIONS

Type choisi:

(Chèque à l'ordre de THALASSA)

Montant :

Assurance individuelle complémentaire

Votre licence inclut une assurance responsabilité civile, c'est à dire pour les dommages que vous causez à un tiers, si vous souhaitez être assuré en cas d'accident personnel au cours de votre activité, vous devez souscrire une Assurance Individuelle Accident.

Je souscris l'assurance complémentaire suivante :

Type choisi:

(Le chèque sera à l'ordre de Lafont Assurances)

Montant :

Je ne souhaite pas souscrire d'assurance complémentaire

CERTIFICAT MEDICAL

Nous fournir une copie **(ORIGINAL A CONSERVER)**

Date du certificat medical

(certificat médical de moins d'un an obligatoire, utiliser le modèle fourni par la FFESSM)

AUTORISATIONS

*J'autorise le Club Thalassa à diffuser les photographies des manifestations où j'apparais et à utiliser mon adresse internet pour me communiquer les informations concernant la vie du club.

*Je reconnais avoir été informé de la possibilité de souscrire à l'assurance individuelle complémentaire Lafont Assurances.

*J'autorise les cadres du club Thalassa et les autorités médicales à prendre toutes les mesures d'urgence nécessitées par l'état de santé de mon enfant lors de l'entraînement en piscine et lors des plongées en milieu naturel.

* pour les cadres et les dirigeants : j'accepte le contrôle par les services de l'état de mon honorabilité (article L 212-9 du code du sport)

*Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la piscine et de THALASSA.

Date et Signature