



WING FOIL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ADHERENTS ACTIFS – PACK DECOUVERTE – COURS

N° LICENCE :

NOM PRENOMS
Date de naissance Lieu :
Adresse
.....
Code postal Ville.....
Tél (0262) Gsm
NationalitéMail.....
Profession :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom Prénom
Tél. travail Tél. domicile
Autres noms et téléphones (en cas d'urgence)

ADULTES

- ☐ J'atteste être capable de plonger, puis de nager au moins 50 mètres
- ☐ Je déclare prendre connaissance du Règlement Intérieur affiché au secrétariat
- ☐ J'atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence FFV ou au passeport voile, et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux Invalidités et Décès plus élevés (Formulaire Flash assurance de la Zurich)
- ☐ Je souscris à l'une des formules de garanties complémentaires
- ☐ Je refuse de souscrire à ces garanties complémentaires
- ☐ J'autorise l'ANSP à utiliser mon image dans le cadre de ses activités.
- ☐ Je présente un certificat médical de non contre-indication à la pratique du wingFoil

L'ANSP décline toutes responsabilités de pertes ou de vols des objets de valeurs

Signature (obligatoire)
Précédée de la mention "lu et

approuvé"