

**Bulletin d'inscription Marche aquatique**  
**(de septembre 2019 à fin août 2020)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

**E-mail** (écrire distinctement) :

.....

**TARIF :**

Carte de membre 2019-2020 (obligatoire pour une association) : 10 €

Activité marche aquatique : 140 €

Total : 150 €

**REGLEMENT :**

Ventilation du paiement (cochez la ou les cases correspondant à votre choix) :

Totalité : 150 €

Ou en trois fois à l'inscription ; chèque n°1, 50 €  ; chèque n°2, 50 €  ; chèque n°3, 50 €  (merci de mettre le mois souhaité pour l'encaissement au dos des chèques).

**NIVEAU SOUHAITE :**

Pratique douce : oui-non

Pratique plus sportive : oui-non

**ENGAGEMENT :**

Je soussigné(e) .....(ou tuteur légal de l'inscrit ci-dessus) souhaite participer aux activités du centre nautique de Saint Pol de Léon.

J'autorise l'organisateur à prendre toutes les dispositions relatives aux soins médicaux qu'aurait à subir l'inscrit pendant la durée des séances.

Droit à l'image : je suis informé(e) que le centre nautique peut prendre des photos de ses membres et se réserve le droit de les utiliser sur son site internet ou tout autre support de communication.

D'autre part, j'affirme que l'inscrit ci-dessus ne présente pas de contre-indication à la pratique de la marche aquatique (**certificat médical obligatoire à l'issue de l'inscription**).

**ASSURANCES :**

Le centre nautique de Saint Pol de Léon est assuré pour son activité d'encadrement de marche aquatique en RESPONSABILITE CIVILE auprès des MMA ASSURANCES par contrat n° 125432023.

Chaque membre du club participant à cette activité devra, si il le souhaite et en l'absence d'assurance fédérale, souscrire auprès de l'assureur de son choix une assurance Prévoyance / santé couvrant cette activité.

Fait à ....., le ..... 2019,

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## VOTRE ASSURANCE « ACCIDENTS CORPORELS »

Garanties souscrites auprès des **MMA ASSURANCES Bd M & A OYON** par l'intermédiaire de la  
**SARL AB ASSUR BP67 29682 ROSCOFF CEDEX.**

Contrat n° **125 432 023.**

Garantie	Plafond de garantie	Franchise
Décès	8000 €	Néant

Garantie	Plafond de garantie	Franchise
Invalidité	16000 €	5%

Garantie	Plafond de garantie	Franchise
Remboursement de soins	200% du tarif de responsabilité de la S.S	Néant
Bris ou pertes de lunettes	202 €	
Prothèse dentaire (par dent)	338 €	
Prothèse auditive	1010 €	
Frais de rapatriement	3383 €	
Frais de recherches & secours	3383 €	

ST POL DE LEON, le ..... / ..... / .....

Le CENTRE NAUTIQUE DE ST POL

L'ADHERENT