



SAISON 20254/26
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
valant demande de licence

lesbulleslangroises@gmail.com
<http://www.les-bulles-langroises.com>

Ces renseignements ne pourront être consultés que par les membres du comité directeur.

NOM : Prénom :
Profession :

Date et lieu naissance + CP :

Adresse :
Ville et CP :

N° tél : N°Port : Mail :
N° LICENCE : Niveau PLONGEE : TIV :

APNEE :

Joindre à cette fiche le **DOUBLE** de votre certificat médical en cours de validité ou l'envoyer par Mail,

DATE CERTIFICAT MEDICAL :

Je m'engage à consulter le site internet du Cabinet LAFONT pour étudier les assurances complémentaires (ex : voyage à l'étranger) qui ne sont pas délivrées par le club.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et accepter de m'y conformer.

J'autorise le club à utiliser mon image sur le site web :

Je souhaite intégrer le groupe Whatsapp :

ENCADRANT : J'accepte que les renseignements soient soumis au contrôle de la FFESSM :

DATE : SIGNATURE :