

DATE du STAGE du lundi au vendredi

1ER STAGE du ____/____ au ____/____/2026

2EME STAGE du ____/____ au ____/____/2026

3EME STAGE du ____/____ au ____/____/2026

CHOIX DU STAGE**Préparation niveau FFVoile 1 et 2** ☐ **10h-12h30****Préparation niveau FFVoile 2 et 3** ☐ **14h-16h30**Catamaran HC CATSY 7 -11 ans 220 € ☐Catamaran HC ADVANCE 11 -13 ans 225 € ☐Catamaran HC T1 13 -15 ans 225 € ☐Catamaran HC15/HC16 Ado- Adultes 255€ ☐Planche à voile créneau horaire : 205 € ☐**NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE (1)**

.....

Date de naissance/...../.....

N° de licence (si déjà licencié cette année)

Courriel obligatoire : (pour l'envoi dématérialisé de la licence)

.....

Adresse :

.....

PORTABLE ____/____/____/____/____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM TEL : ____/____/____/____

REGLEMENT Cheque ☐ CB ☐ Espèces ☐ Ch. Vacances ☐

NOM DU PAYEUR

Montant du stage :

.....

Licence passeport voile-assurance obligatoire : 14,50 € ☐

Total : Acompte : le :

CI-JOINT UN CERTIFICAT MEDICAL oui ☐ non ☐ Si vous cochez la case NON :

Atteste que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, dont je suis le représentant légal, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

Je déclare également avoir signalé les problèmes spécifiques (épilepsie, asthme, diabète, allergies, autres...).

Je soussigné(e) : _____ autorise le responsable de Latitude Voile à faire pratiquer sur moi, lui, elle (1) tous les soins médicaux et toutes les interventions chirurgicales reconnues nécessaires au cours du stage et m'engage à en assurer le règlement. Je m'assure de la prise en charge de l'enfant par le responsable en début de cours et à le récupérer à la fin du cours. Je dégage Latitude Voile de la responsabilité de l'enfant ci-nomme en dehors des heures normales du stage.

Natation :

Père, Mère, Grand parent, Tuteur (1) de _____ l'autorise à participer aux activités de Latitude Voile et certifie sur l'honneur qu'il / elle (1) est capable de nager au minimum 25 mètres et s'immerger. Si vous ne pouvez pas le certifier, une attestation de réussite au test d'aisance aquatique vous est demandé (LATITUDE VOILE peut faire passer ce test)

Pour les Majeurs :

Certifie savoir nager au minimum 25 mètres et s'immerger et ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique des sports nautiques

CONDITIONS GENERALES ASSURANCE

Latitude Voile a souscrit une assurance garantissant ses membres en responsabilité civile dans le cadre de ses activités. En supplément, La FFVoile vous propose des garanties complémentaires en plus de celle de la licence ; la notice d'information des contrats est disponible sur simple demande. Je reconnais avoir été informé de mon intérêt à souscrire des garanties complémentaires (capitales invalidité et décès plus important ...) ayant pour but la réparation des atteintes à l'intégrité physique du pratiquant. ☐ J'ai décidé de souscrire à l'une des formules de garanties complémentaires ☐ Je refuse de souscrire à l'une des garanties complémentaires

AUTORISATIONS DE SORTIES :

AUTORISE LATITUDE VOILE A LAISSER MON ENFANT STAGIAIRE A VENIR SEUL A L'ECOLE DE VOILE OUI ☐ NON ☐

A QUITTER SEUL L'ECOLE DE VOILE EN VELO OU A PIED OUI ☐ NON ☐

JE DEGAGE DE TOUTE RESPONSABILITE LATITUDE VOILE EN CE QUI CONCERNE TOUT EVENTUEL INCIDENT OU ACCIDENT SURVENU AVANT ET APRES L'HEURE DU STAGE

REGLEMENT

L'activité doit être réglée en totalité au plus tard le 1er jour du stage.

ANNULATION

Dans certaines conditions exceptionnelles (avaries, météo, ...) Latitude voile sera amenée à modifier, écourter ou annuler le déroulement de l'activité. Ces différents cas ne peuvent donner lieu à un remboursement ou un dédommagement. Un report de séance peut être proposé en fonction des places disponibles. En cas de non-participation aux activités pour une raison médicale, il sera proposé le remboursement sur présentation d'un certificat médical. La somme forfaitaire de 30 € par prestation sera retenue. Elle n'est pas responsable de perte et vol des objets personnels (lunettes, téléphone, objets et vêtements personnel, avant, pendant et après l'activité ...)

INFORMATIQUE ET DROIT A L'IMAGE

Droit image : J'accepte que Latitude Voile se réserve la possibilité d'utiliser mon image afin de compléter sa photothèque si besoin : OUI ☐ NON ☐

En application de l'article 27 de la loi n° 78.17 du 06.01.78, les informations qui vous sont demandées sont indispensables pour votre inscription. Sauf avis contraire de votre part, nous nous réservons la possibilité d'utiliser les informations pour vous faire parvenir diverses documentations et utiliser votre image afin de compléter notre photothèque ou vidéothèque.

Fait à :

Le :

Signature :