

# Bulletin d'adhésion 2014 - 2015

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
E\_mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Niveau de plongée : \_\_\_\_\_  
Personne à prévenir : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

---

## AUTORISATION PARENTALE (mineur)

Je soussigné \_\_\_\_\_  
autorise (indiquer le lieu de parenté) \_\_\_\_\_  
à pratiquer la plongée sous-  
marine au sein du club C.P.B.B

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

---

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise le CPBB à utiliser pour sa communication toute photographie ou vidéo enregistrée lors des activités proposées par le club et renonce à tout droit commercial lié à l'exploitation de mon image.

*\*en cas de refus rayer le paragraphe*

---

## ASSURANCE COMPLEMENTAIRE (facultatif)

Loisir de base :  loisir 1 (19,50€)  
 loisir 2 (30,50€)  
 loisir 3 (53,00€)

Loisir Top :  loisir 1 (38,00€)  
 loisir 2 (49,0€)  
 loisir 3 (81,00€)

*\*cocher l'option choisie et ajouter le montant à la cotisation annuelle*

*\*\* pour plus d'information : <http://cabinet-lafont.com>*

# Certificat médical

Je soussigné \_\_\_\_\_

Médecin fédéral :       oui                       non

Médecin titulaire CES médecine sportive :     oui                       non

certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mlle, Mr \_\_\_\_\_

et n'avoir constaté cliniquement aucune contre-indication à la pratique des activités subaquatiques suivantes (cocher les cases correspondantes) :

- plongée sous-marine avec scaphandre
- plongée libre (apnée)

Observations éventuelles :

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin.