



# FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ADULTES

à imprimer recto-verso



À rendre sous quinzaine pour les débutants ou avant le **31 octobre** de chaque saison pour les réinscriptions.  
LA LICENCE NE SERA DÉLIVRÉE QUE SUR PRÉSENTATION D'UN DOSSIER COMPLET

Licence n° \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Domicilié(e) \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Saison 2020-2021	<input type="checkbox"/> CACI	Date _____ Validité _____ <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur de la véracité des informations transmises au médecin lors de la délivrance du certificat médical d'absence de contre(s) indication(s) CACI
	Assurance	<input type="checkbox"/> Assurance Lafont : Niveau _____ Coût _____ <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance personnelle _____
	<input type="checkbox"/> Cotisation _____ €	<input type="checkbox"/> Remise multi-inscription _____ Mode de paiement _____
		<input type="checkbox"/> Photo d'identité récente
	Autorisations	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion de mon anniversaire. <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion d'images me représentant
	Règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts du Club, des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine de la FFESSM et m'engage à les respecter.
	Ligne d'eau	_____

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Saison	<input type="checkbox"/> CACI	Date _____ Validité _____ <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur de la véracité des informations transmises au médecin lors de la délivrance du certificat médical d'absence de contre(s) indication(s) CACI
	Assurance	<input type="checkbox"/> Assurance Lafont : Niveau _____ Coût _____ <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance personnelle _____
	<input type="checkbox"/> Cotisation _____ €	Remise multi-inscription _____ Mode de paiement _____
	Autorisations	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion de mon anniversaire. <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion d'images me représentant
	Règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts du Club, des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine de la FFESSM et m'engage à les respecter.
	Ligne d'eau	_____

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Berry Plongée est amené à prendre et à diffuser des photos prises dans le cadre de ses activités (la Palme, site Internet, presse, affichage...).  
Votre inscription vaut autorisation de diffusion des images pouvant vous représenter, sauf interdiction de votre part.

Saison	<input type="checkbox"/> CACI	Date _____ Validité _____ <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur de la véracité des informations transmises au médecin lors de la délivrance du certificat médical d'absence de contre(s) indication(s) CACI
	Assurance	<input type="checkbox"/> Assurance Lafont : Niveau _____ Coût _____ <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance personnelle _____
	<input type="checkbox"/> Cotisation _____ €	Remise multi-inscription _____ Mode de paiement _____
	Autorisations	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion de mon anniversaire. <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion d'images me représentant
	Règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts du Club, des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine de la FFESSM et m'engage à les respecter.
	Ligne d'eau	_____
Fait à _____ le _____		

Saison	<input type="checkbox"/> CACI	Date _____ Validité _____ <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur de la véracité des informations transmises au médecin lors de la délivrance du certificat médical d'absence de contre(s) indication(s) CACI
	Assurance	<input type="checkbox"/> Assurance Lafont : Niveau _____ Coût _____ <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance personnelle _____
	<input type="checkbox"/> Cotisation _____ €	Remise multi-inscription _____ Mode de paiement _____
	Autorisations	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion de mon anniversaire. <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion d'images me représentant
	Règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts du Club, des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine de la FFESSM et m'engage à les respecter.
	Ligne d'eau	_____
Fait à _____ le _____		

Saison	<input type="checkbox"/> CACI	Date _____ Validité _____ <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur de la véracité des informations transmises au médecin lors de la délivrance du certificat médical d'absence de contre(s) indication(s) CACI
	Assurance	<input type="checkbox"/> Assurance Lafont : Niveau _____ Coût _____ <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance personnelle _____
	<input type="checkbox"/> Cotisation _____ €	Remise multi-inscription _____ Mode de paiement _____
	Autorisations	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion de mon anniversaire. <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas Berry Plongée à la diffusion d'images me représentant
	Règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts du Club, des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine de la FFESSM et m'engage à les respecter.
	Ligne d'eau	_____
Fait à _____ le _____		