



<b>Nom de l'enfant :</b>			<b>M/F :</b>
Date de naissance :		<b>Lieu :</b>	
Adresse :			
Code postal :		<b>Ville :</b>	
Tél. fixe :		<b>Tél. portable :</b>	
Mail :			
<b>Niveau de plongée actuel</b>		<b>Date :</b>	
<b>Nom du père :</b>		<b>Prénom :</b>	
Adresse :			
Code postal :		<b>Ville :</b>	
Tél. fixe :		<b>Tél. portable :</b>	
Mail :			
<b>Nom de la mère :</b>		<b>Prénom :</b>	
Adresse :			
Code postal :		<b>Ville :</b>	
Tél. fixe :		<b>Tél. portable :</b>	
Mail :			

**Certificat médical**  
*Obligatoirement sur le modèle de la FFESSM validité jusqu'au 30 juin 2023 minimum*

**Allergie à l'aspirine**

Oui
Non

Date du certificat :  Autres allergies :

**Assurances :**

Je souhaite contracter une assurance supplémentaire :	Oui	Non
Je ne souhaite pas contracter d'assurance supplémentaire :	Oui	Non

Les garanties des assurances de la FFESSM selon le contrat n°1332574705 sont téléchargeables sur le site : [www.cabinetlafont.com](http://www.cabinetlafont.com)

**Paiement :** 3 chèques de la banque de 120€

Numéro du 1er chèque :

Numéro du 2ème chèque :

Numéro du 3ème chèque :

**Carte Pass'région** **Pass Sport 2023**

Numéro de ma carte :  Numéro du code reçu :

**Autorisation** **Nom :**  **Prénom :**

*J'autorise mon enfant à s'initier à la pratique de la plongée sousmarine, en piscine, en fosse en milieu naturel pour cette saison. A cet effet, je reconnais avoir pris connaissance des risques liés à l'activité.*

*J'autorise le SCF à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la plongée enfants.*

*J'autorise le moniteur à transporter mon enfant dans son véhicule, selon la législation en vigueur.*

**J'ai pris connaissance des informations concernant le COVID 19 sur le site du SCF**

**Date :**  **Tuteur légal :**

**Signature**