

**CENTRE MARITIME DE NANTES**

14, rue du Bâtonnier Guinaudeau  
44100 NANTES  
Tél : 02.40.73.64.79

Week-end essai du : \_\_\_\_\_

Bateau : \_\_\_\_\_

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Joindre une photo d'identité et un certificat médical.**

**N° LICENCE FFV :** \_\_\_\_\_

**Année licence :** \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone dom : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Téléphone prof : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**A prévenir en cas d'accident (nom+ Téléphone) :** \_\_\_\_\_

**Expériences nautiques antérieures (préciser stages en écoles de voile et quel type de navigation) :**

.....  
.....  
.....

**Souhaiteriez-vous avoir la responsabilité d'un bateau, et devenir chef de bord au club ? :**

.....

**Dans quelle optique souhaitez-vous pratiquer la voile au sein du club (projets) ? :**

.....  
.....

✓ Je soussigné, déclare avoir pris connaissance des statuts du CENTRE MARITIME DE NANTES et y adhère sans aucune restriction. En outre j'accepte que mon image soit présente dans le journal interne (bulletin) ainsi que sur le site internet du Centre Maritime de Nantes dans le cadre exclusif, et à titre d'information, des activités du club.

✓ Je déclare n'avoir aucune contre-indication médicale à la pratique de la voile. En cas de handicap ou de suivi médical spécifique, je déclare en avoir informé le Centre Maritime de Nantes.

✓ Je déclare sur l'honneur savoir nager 50 mètres, et m'engage à suivre les règles de sécurité du club.

✓ Dans le cadre de ma licence FFV, je déclare avoir pris connaissance des informations relatives aux contrats d'assurance FFV/MMA/MDS. Je reconnais avoir été informé(é) des possibilités offertes par les garanties complémentaires et l'option Rachat de franchise énoncées dans la notice.

Cochez la case correspondante obligatoirement

Je ne souhaite souscrire à aucune garantie complémentaire en cas d'accidents corporels.

Je souhaite souscrire à la garantie Rachat de franchise, je complète et renvoie le bulletin réponse figurant sur le dos de ma licence avec le règlement, directement au groupe MDS.

Fait à Nantes, le :

Signature précédée de la mention  
« lu et approuvé » :