

BULLETIN D'ADHESION - TANDEM

IDENTITE

Civilité * ☐ M ☐ Mme

Nom * _____

Prénom(s) * _____

Né(e) le * _____ à _____

Adresse * _____

Code Postal * _____ Ville * _____

Téléphone(s) * _____

Email _____

Pays * _____ Nationalité * _____

MEDICAL

Date visite * _____ Médecin _____

Poids (kg) * _____ Taille (cm) * _____

LICENCE FFP

Catégorie socioprofessionnelle *

- ☐ Agriculteurs exploitants
☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
☐ Cadres et professions intellectuelles supérieurs
☐ Professions intermédiaires
☐ Retraités ☐ Employés
☐ Elèves, étudiants ☐ Ouvriers
☐ Policiers et militaires ☐ Autre / Sans activité

Assuré social ☐ Oui ☐ Non

PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom - Prénom * _____

Téléphone * _____

BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES

Nom / Prénom * _____

Date naissance _____

Un certificat médical de non contre-indication à la pratique du parachutisme est obligatoire. Il peut être établi par le médecin traitant habituel. **80 € d'arrhes** sont à verser à la réservation (chèque à l'ordre de l'EICEPS)

CORRECTION OPTIQUE

Lunettes * ☐ Oui ☐ Non

Verres de contact * ☐ Oui ☐ Non

OPTION VIDEO

La vidéo vous permettra de **revivre** ce moment inoubliable, de **partager** ces images incroyables **filmées au sol, dans l'avion, en chute libre et à l'atterrissage**. Votre saut sera un moment unique de sensations exceptionnelles !

☐ Oui ☐ Non (A nous préciser dès la réservation pour prévision des vidéo(wo)men. Merci)

COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE NOTRE CENTRE-ECOLE ?

☐ Internet (site) _____ ☐ Annuaire ☐ Relation ☐ Autre _____

DEMANDE D'ADHESION EICEPS (OBLIGATOIRE POUR BENEFICIER DES SERVICES DE NOTRE CENTRE DE PARACHUTISME)

Je soussigné _____, **demande mon adhésion au centre d'activité associatif EICEPS « Skydive Fretoy »**

Je m'engage à en respecter les statuts, le règlement intérieur, et toutes consignes particulières de sécurité dont j'ai pris connaissance, et d'**assumer les responsabilités en cas de non-observation de ces règlements**. Je reconnais avoir été informé des risques inhérents à la pratique du parachutisme et m'engage à observer toutes les règles et consignes de sécurité relatives à la pratique du parachutisme. Je reconnais être informé de l'étendue des garanties de l'assurance parachutisme de la fédération française de parachutisme et des clauses d'exclusion relatives à la pratique du parachutisme de mes contrats d'assurance personnelles.

En conséquence, **je deviens membre actif** de l'association et suis informé que le **tarif qui m'a été indiqué pour mon saut en tandem inclus la somme de 50 €** au titre de la cotisation annuelle **et 5 €** au titre de la licence-assurance fédérale.

Fretoy-Le-Château, le _____

Signature avec mention « lu et approuvée »