

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'atterrissement**. 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* »