



# ASSOCIATION SUBAQUATIQUE DE RHUYS

Mail : [asr.plongee.rhuys@gmail.com](mailto:asr.plongee.rhuys@gmail.com) Téléphone : 07.80.31.39.11

Adresse : *Chez M.ARTINIAN, 2 rue de Pen ar Stang 56640 ARZON*

## Fiche d'inscription 2019 / 2020



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

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

Numéro de licence FFESSM : \_\_\_\_\_ Niveau de plongée : \_\_\_\_\_

Permis bateau :  oui  non Secourisme :  oui  non T.I.V :  oui  non

Cotisation club : 90 € (inclue : licence FFESSM + adhésion au Club + assurance AXA Loisir 1)

Je choisis une autre assurance complémentaire AXA (Loisir 2, 3, autre) : \_\_\_\_\_

Je décide de ne pas souscrire à l'assurance AXA Loisir 1 (je déduis 20€)

Cotisation club + forfait piscine à l'année : 160 €

Carte membre extérieur (si déjà licencié FFESSM) : 50 €

Carte membre visiteur : 5 € (si déjà licencié FFESSM)

Formation Niveau 1 : 370 € (formation piscine + théorie + 5 plongées en mer + Cotisation Club)

Formation Niveau 2 : 400 € (formation piscine + théorie + 6 plongées en mer + Cotisation Club)

Autre formation envisagée : \_\_\_\_\_ **Règlement total** (Par chèque à l'Ordre de l'ASR) : \_\_\_\_\_ €

**Ou virement sur cpte CMB IBAN FR76 1558 9569 3203 0024 8084 350 / BIC CMBRFR2BXXX**

POSSIBILITE DE REGLEMENT LES FORMATONS N1/N2 -EN 3 FOIS PAR VIREMENT

Je joins la copie de mon Certificat médical de non Contre-indication, de moins d'1 an pour plonger émis le : ..... /..... /.....

J'autorise durant la saison en cours, l'Association Subaquatique de Rhuy's à pouvoir diffuser et publier des photos me représentant dans le cadre des activités du Club :  oui  non

En cas d'accident survenu au cours d'un entraînement ou d'une sortie, j'autorise la direction de l'ASR ou son représentant à mettre en œuvre l'hospitalisation ou les interventions chirurgicales et traitements urgents qui pourraient être reconnus nécessaires par l'autorité médicale.

J'ai bien pris connaissance du Règlement Intérieur de l'ASR qui m'a été transmis et l'accepte.

**Date et Signature précédées de la mention « lu et approuvé » :**