



C.C.E.S.M.F.

Club des Chasseurs et Explorateurs Sous-Marin de France



BULLETIN D'INSCRIPTION

SAISON 2019 – 2020

A remettre à l'accueil ou à retourner avec votre chèque de règlement à :

Secrétariat CCESMF,
17, avenue division Leclerc - 91430 IGNY
Ou adresser à **secretariat@ccesmf.com**

NOM, PRENOM :

Adresse :

Né le : _____ A : _____

Département : _____ Pays : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone bureau : _____ Profession : _____

Téléphone portable : _____ Adresse Email (en majuscule) : _____

N° licence FFESSM : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom, adresse, téléphone) : _____

Dans le cadre de nos activités, nous pouvons être amenés à publier, sur tout support utile à la promotion du club (revue, site, dépliant, affiche, etc.) des images sur lesquelles vous risquez de figurer. Acceptez-vous oui non

Voulez-vous recevoir la « news letter » du CCESMF oui non

Allergie à l'Aspirine : oui non

ACTIVITE

Plongée Chasse apnée Nage avec palmes

Sans (sorties ou licence seule) Cotisation seule

Moniteur / initiateur Membre du comité

LICENCE oui non

BREVETS

Plongée : _____

Nb de plongées : _____

Brevet Nitrox : _____

Niveau Apnée : _____

Brevet Secourisme : _____

Autres brevets : _____

Nb de plongées : _____

Souhaitez-vous passer un niveau ? oui non

Si oui, lequel ?

Formation souhaitée : Nitrox Biologie Photo

INSCRIPTION

Tarif « conjoint / étudiant » oui Nb trimestres/jours : _____

Tarif pour 3 trimestres	Normal	Conjoint/étudiant
Plongée	287,66€	249,49€
Chasse apnée	238,66€	193,87€
Nage avec palmes	238,66€	199,19€
Sorties - maxi 3 jours	20€/jour	10€/jour
Cotisation seule	67€	33,5€

Activité :

LICENCE FFESSM

Adulte (40,34€) - 12 à 16 ans (25,51€)

ASSURANCE FFESSM

	Piscine	Loisir 1	Loisir 2	Loisir 3
Base	11€	20,00€	25,00€	42,00€
Top		39,00€	50,00€	83,00€

Voir barème assurances cabinet LAFONT

Abonnement SUBAQUA

(6 numéros = 26€) : oui

.. **TOTAL :** _____

Règlement possible en 3 chèques

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du CCESMF **Date :** _____ **Signature :** _____

Date certificat médical : _____

Réservé à l'administration du CCESMF		Subvention comité d'entreprise :	
Espèce	Date	Date	Montant
Chèque 1 – Banque : _____	N° _____	Date _____	Montant _____
Chèque 2 – Banque : _____	N° _____	Date _____	Montant _____
Chèque 3 – Banque : _____	N° _____	Date _____	Montant _____