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





Club des Chasseurs et Explorateurs Sous-Marin de France

**NOM, Prénom :**

**Adresse :**

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**SAISON 2018 – 2019**

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**

Né le : A :

Département : Pays :

N° licence FFESSM :

Téléphone domicile :

Téléphone bureau : Profession :

Téléphone portable : Adresse Email  (en majuscule) :

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

**Réservé à l’administration du CCESMF**

Subvention comité d’entreprise :

Espèce Date Montant

Chèque 1 – Banque  : N° Date Montant

Chèque 2 – Banque : N° Date Montant

Chèque 3 – Banque : N° Date Montant

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

**INSCRIPTION**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tarif pour 3 trimestres*** | *Normal* | *Conjoint/étudiant* |
| *Plongée* | *288,31€* | *255,69€* |
| *Chasse apnée* | *239,05€* | *206,43€* |
| *Nage avec palmes* | *239,05€* | *206,43€* |
| *Sorties - maxi 3 jours* | *20€/jour* | *10€/jour* |
| *Cotisation seule* | *65,25€* | *32,63€* |

**Activité :**

**LICENCE FFESSM**

*Adulte (39,70€) - 12 à 16 ans (25,10€)*

**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 :**

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**

**Réservé à l’administration du CCESMF** Subvention comité d’entreprise :

Espèce Date Montant

Chèque 1 – Banque  : N° Date Montant

Chèque 2 – Banque : N° Date Montant

Chèque 3 – Banque : N° Date Montant