



Saison septembre 2024 - juin 2025

Vous naviguez une fois par semaine, de septembre à fin juin, hors vacances scolaires

La cotisation annuelle est de **580€ + la carte ATSCAF 32€**

Licence annuelle adulte **70€** ou jeune **32€**, obligatoire pour ceux qui font quelques compétitions et les propriétaires

Pour les autres le passeport voile **14€**

Oui j'adhère au club de voile de l'ATSCAF

Certificat médical obligatoire

	Optimist / Laser Pico	Catamaran	Planche à voile	Voilier:								
Vendredi après midi	/	<input type="checkbox"/>	/	Nous consulter	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Niveau</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 Débutant</td><td rowspan="4">1 ▾</td></tr><tr><td>2 Débutant +</td></tr><tr><td>3 Confirmé</td></tr><tr><td>4 Expert</td></tr></tbody></table>	Niveau		1 Débutant	1 ▾	2 Débutant +	3 Confirmé	4 Expert
Niveau												
1 Débutant	1 ▾											
2 Débutant +												
3 Confirmé												
4 Expert												
Samedi matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Samedi après midi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

Nom	Prénom	Date de naissance	Profession	Fontionnaire ou assimilé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
N° et rue	Code postal	Ville		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Téléphone	E-MAIL			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Les adhérents majeurs et les représentants légaux pour leurs enfants mineurs attestent de l'aptitude du pratiquant à s'immerger et à nager au moins 25 mètres pour les moins de seize ans, et à plonger et à nager au moins 50 mètres à partir de seize ans

Pour les adhérents mineurs, questionnaire de santé ou certificat médical

Personne responsable	N° sécurité sociale	Téléphone	E-MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Par ailleurs le président du club est autorisé à prendre toutes les dispositions utiles auprès des établissements hospitaliers ou des organismes spécialisés, en cas d'accident.

Je consens à transmettre mes données personnelles à l'ATSCAF qui s'engage :

==> à les utiliser conformément aux dispositions légales prévues par le Règlement général sur la Protection des données du 27 avril 2016 (RGPD) et dans le strict respect des objectifs pour lesquels l'ATSCAF a été constituée. ==> et à ne pas transmettre ces données personnelles à d'autres tiers.

J'autorise l'ATSCAF à m'adresser les revues éditées par l'association

J'autorise l'ATSCAF à m'adresser des informations sur ma messagerie électronique

Si consentement de votre part, vous voudrez bien cocher les cases correspondantes.

NOTA : Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à : **Pour les informations locales :** à l'association à laquelle vous êtes adhérent secretariat.atscaf@free.fr **Pour les informations nationales :** à l'ATSCAF fédérale atscafinformatic@finances.gouv.fr

J'ai lu et j'accepte le Règlement intérieur

J'ai lu et j'accepte le document de surveillance et d'intervention

(Ces documents sont disponibles sur le site)

L'adhérent ou son représentant confirme qu'il a pris connaissance des assurances incluses :

- dans son adhésion à l'ATSCAF (portail.atscaf.fr/votre-couverture-assurantielle/)

- dans son adhésion à la FFV (www.ffvoile.fr/ffv/web/services/assurances.asp)

Date :

Signature :

A remplir par l'ATSCAF

N° adhérent ATSCAF

Payé chèque N°

Certificat medical