



Bulletin d'inscription 2024

Informations personnelles sur le stagiaire

Nom

Prénom

Age

Téléphone

Email

Code postal Ville

Niveau de surf Débutant Intermédiaire Confirmé

Formule choisie

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cours collectif | <input type="checkbox"/> Cours particulier | <input type="checkbox"/> Location | <input type="checkbox"/> Balade paddle |
| <input type="checkbox"/> 1 séance | <input type="checkbox"/> 1 personne | <input type="checkbox"/> combinaison | |
| <input type="checkbox"/> 2 séances | <input type="checkbox"/> 2 personnes | <input type="checkbox"/> surf | |
| <input type="checkbox"/> 3 séances | <input type="checkbox"/> 3 personnes | <input type="checkbox"/> paddle | |
| <input type="checkbox"/> 4 séances | <input type="checkbox"/> 4 personnes | <input type="checkbox"/> bodyboard | |
| <input type="checkbox"/> 5 séances | <input type="checkbox"/> 5 personnes | Durée | |
| <input type="checkbox"/> 10 séances | <input type="checkbox"/> Coaching | Début / Retour | |
| <input type="checkbox"/> Trimestre 5 surf fixe | | | |
| <input type="checkbox"/> Trimestre 5 surf flex | | | |
| <input type="checkbox"/> Trimestre 10 surf fixe | | | |
| <input type="checkbox"/> Trimestre 10 surf flex | | | |

à remplir par l'équipe Dossén Surf School

Dates convenues

Règlement Montant

Moyen de paiement



Personne à prévenir en cas d'accident

Prénom

Nom

Téléphone

Problèmes médicaux à signaler (stagiaire)

Autorisations - stagiaire mineur

Je soussigné autorise ma fille/ mon fils à suivre les activités décrites sur ce bulletin. Je certifie qu'elle, qu'il est médicalement apte à la pratique sportive et sait nager. En conséquence, je dégage le **Dossén Surf School** de toute responsabilité en cas d'accident lui survenant, ou provoqué par suite de son éventuelle inaptitude physique à nager ou médicale ou non respect des consignes du moniteur. Je déclare avoir pris connaissance des informations « CONDITIONS et REGLEMENT ».

Fait à

Le

Signature

J'autorise le **Dossén Surf School**, ses agents et ayants-droit à reproduire et exploiter l'image de ma fille/mon fils dans le cadre de photographies pour la prestation de la promotion et de la communication du **Dossén Surf School**.

Fait à

Le

Signature

Autorisations - stagiaire majeur

Je certifie que je suis médicalement apte à la pratique sportive et que je sais nager. En conséquence, je dégage le **Dossén Surf School** de toute responsabilité en cas d'accident me survenant, ou provoqué par suite de mon éventuelle inaptitude physique ou médicale ou non respect des consignes du moniteur. Je déclare avoir pris connaissance des informations « CONDITIONS et REGLEMENT ».

Fait à

Le

Signature

J'autorise le **Dossén Surf School**, ses agents et ayants-droit à reproduire et exploiter mon image dans le cadre de photographies pour la prestation de la promotion et de la communication du **Dossén Surf School**.

Fait à

Le

Signature