



CASC - ADHÉSION 2023-2024 (encadrant/dirigeant)

Valable du 01/09/2023 au 31/12/2024

Mme Mr **NOM d'usage** :

NOM de naissance (si différent) :

Let's dive in Capbreton.

Prénom d'usage : **Prénom de naissance (si différent)** :

Date de Naissance :/...../..... **Lieu de naissance** : **CP** :

France ou **Pays** :

Adresse :

CP : **Ville** :

Tél 1 : **Tél 2** :

Adresse E-Mail : (En majuscule)

La licence que le licencié sollicite lui permet d'accéder aux fonctions d'encadrant et/ou de dirigeant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des **articles L. 212-1 et L. 322-1** du code du sport. À ce titre, les éléments constitutifs de l'identité du licencié seront transmis par la fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de son honorabilité au sens de l'**article L. 212-9** du code du sport soit effectué.

Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle (cocher la case)

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : **Prénom** :

Tél : **Lien de parenté** :

- **Vos niveaux de plongée** : **Type de diplôme (FFESSM ou autre)** :
- **Autres compétences (TIV, permis bateau, secourisme...)** :
- **Avez-vous un N° de licence FFESSM** : Cochez si valide pour 2023-2024
- **Certificat médical** : **Date de délivrance** :/...../.....

Adhésion (obligatoire) 30,00€

Licence FFESSM (assurance Responsabilité civile incluse) : Catégorie adulte 46,00€

Assurance complémentaire optionnelle : Je reconnais avoir été informé de l'intérêt de souscrire une assurance complémentaire individuelle accident.

Type : €

Formations et plongées :

Détail : €

Total : adhésion CASC, licence FFESSM, assurances, formations €

• J'ai pris connaissance des règlements en vigueur (Code du Sport), au sein de la FFESSM en matière de plongée et de pêche sous-marine, des règlements du C.A.S.C et de la ville de Capbreton et je m'engage à les respecter.

• J'autorise le CASC à filmer, photographier, exploiter, et diffuser les images sans contrepartie de quelque nature que ce soit. (Rayer en cas de refus)

• J'accepte le stockage et l'utilisation de mes données personnelles en conformité avec le RGPD de la CNIL (Rayer en cas de refus)

Date : / /

Signature (obligatoire) :

Pièce à joindre au dossier : Certificat médical, établi par tout médecin pour tous les niveaux