



## SPORT NAUTIQUE ANDERNOS

1, avenue Louis Lamothe  
33510 ANDERNOS LES BAINS  
05 56 82 07 03  
clubdevoile.andernos33@orange.fr

### ATTESTATIONS ET AUTORISATIONS PARENTALES 2024

- Stages de voile -

**POUR LES MINEURS :** Je soussigné(e).....Né(e) le....., représentant légal de l'enfant....., désigné ci-après par « le mineur », J'autorise le mineur ci-dessus désigné à pratiquer les activités organisées par le Sport Nautique Andernos. J'autorise d'autre part sa conduite dans un centre hospitalier où tout soin pourra lui être donné si nécessaires.

J'atteste :

- **Pour les enfants de 16 ans et plus**, l'enfant précité est apte à nager au moins 50 mètres départ plongé.
- **Pour les enfants de moins de 16 ans**, l'enfant précité est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied (pour les plus jeunes nous consulter).
- que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou du SNA ne pourra être recherchée.

J'autorise le SNA à utiliser d'éventuelles photos et vidéos de l'enfant précité prises par le club lors des séances : OUI NON

J'autorise le mineur ci-dessus à quitter seul l'école de voile après les séances : OUI NON

**POUR LES MAJEURS :** Je soussigné(e).....Né(e) le.....

J'atteste que je peux nager 50 mètres départ plongé.

Je déclare ne pas présenter de contre-indication à la pratique du sport (fournir un certificat médical).

J'autorise le SNA à utiliser d'éventuelles photos et vidéos de moi-même prises par le club lors des séances : OUI NON

#### **POUR LES MINEURS ET LES MAJEURS :**

J'atteste avoir reçu la notice d'information précisant le montant des garanties d'assurances associées à la licence FFV ou au Passeport Voile et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux invalidités et décès plus élevés (groupe MDS – 2/4 rue Louis David – 75016 PARIS). Dans le cas où je désire souscrire à l'une des formules de garanties complémentaires, je contacte moi-même le groupe MDS, au 01 53 04 86 16.

Je déclare prendre connaissance du règlement intérieur affiché dans les locaux du SNA, et avoir été informé sur les risques inhérents à la pratique de la voile.

Fait à.....le.....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom.....Téléphone.....