



APNÉE PASSION COMTOISE

Bulletin d'adhésion – Saison 2026-2027

Club affilié à la FFESSM

1. IDENTITÉ ET COORDONNÉES

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Code postal :

Ville :

E-mail :

.....

.....

2. PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom :

Lien avec l'adhérent :

Téléphone :

3. PRATIQUE ET QUALIFICATIONS EN APNÉE

Niveau actuel :

Fédération / organisme :

Année d'obtention :

N° de licence FFESSM (si déjà licencié) :

Qualifications d'encadrement / RIFAA / autres :

.....

...

4. ADHÉSION – SAISON 2026-2027

Tarif d'adhésion (licence FFESSM comprise) :

☐ Tarif normal : 110 €

☐ Adhérent déjà titulaire d'une licence FFESSM valide : 70 €

☐ À partir du 2e membre d'une même famille : 90 €

Merci de fournir une copie de la licence FFESSM valide si vous êtes déjà licencié.

Mode de paiement : ☐ Chèque ☐ Virement

IBAN : FR76 1250 6200 4256 5042 6735 663

En cas de paiement par virement, joindre la preuve du virement.

5. CERTIFICAT MÉDICAL

☐ **Certificat médical d'absence de contre-indication (CACI) valide fourni.**

Date du certificat : / /

Le modèle de certificat et les informations médicales FFESSM sont disponibles sur le site internet du club.

APNÉE PASSION COMTOISE – ADHÉSION 2026-2027

6. ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Assurance individuelle accident :

Je reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels la pratique de l'apnée peut m'exposer.

☐ Je souhaite souscrire une garantie individuelle accident proposée dans le cadre de la licence FFESSM.

Formule :

☐ Je ne souhaite pas souscrire de garantie individuelle accident complémentaire par l'intermédiaire du club.

7. DROIT À L'IMAGE

J'autorise Apnée Passion Comtoise à utiliser des photographies ou vidéos sur lesquelles je peux apparaître, réalisées dans le cadre des activités du club, pour ses supports d'information et de communication (site internet, affiches, publications et supports numériques).

☐ OUI, j'autorise ☐ NON, je n'autorise pas

8. STATUTS, ASSIDUITÉ ET SÉCURITÉ

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des statuts d'Apnée Passion Comtoise et m'engage à les respecter.

Les statuts sont consultables sur le site internet du club.

L'apnée est une pratique sportive qui nécessite un entraînement régulier pour progresser et pratiquer dans de bonnes conditions. L'adhérent s'engage donc, dans la mesure du possible, à participer avec assiduité aux séances proposées par le club et à respecter les règles et consignes de sécurité préconisées par les encadrants.

9. VALIDATION DE L'ADHÉSION

Je certifie exacts les renseignements portés sur le présent bulletin et demande mon adhésion à l'association Apnée Passion Comtoise pour la saison 2026-2027.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent :

Pour un mineur, signature du représentant légal :

CADRE RÉSERVÉ AU CLUB

Dossier : ☐ Bulletin signé ☐ Paiement ☐ CACI ☐ Licence FFESSM ☐ Autorisation parentale si nécessaire

Observations :

AUTORISATION PARENTALE – ADHÉRENT MINEUR

Apnée Passion Comtoise – Saison 2026-2027

REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : Prénom :

Téléphone : E-mail :

Adresse :
.....
.....

ADHÉRENT MINEUR

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

AUTORISATION

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant désigné ci-dessus, l'autorise à pratiquer l'apnée et à participer aux activités organisées ou encadrées par Apnée Passion Comtoise dans le respect des règles applicables, des statuts de l'association et des consignes de sécurité données par les encadrants.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du club à prendre toute mesure nécessaire afin que le mineur puisse bénéficier d'une prise en charge médicale adaptée.

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : Téléphone :

Lien avec le mineur :

DROIT À L'IMAGE DU MINEUR

J'autorise l'utilisation de photographies ou vidéos du mineur prises dans le cadre des activités du club pour les supports d'information et de communication d'Apnée Passion Comtoise.

☐ OUI, j'autorise ☐ NON, je n'autorise pas

Fait à : Le : / /

Nom du représentant légal : Signature :