



USSP SAISON 2020/2021

IMPORTANT : Les informations contenues dans le présent document sont susceptibles d'être transmises à la FFESSM ou d'être utilisées sur le site internet du club sauf avis contraire de votre part notifié par écrit.



TOUT DOSSIER INCOMPLÉT SERA REFUSÉ

IDENTITÉ (REEMPLIR EN MAJUSCULES) N° de Licence :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Profession : Sexe : Femme Homme

Adresse : Tél. fixe :

Tél. mobile :

Tél. urgence :

Nom d'urgence :

Email :

NIVEAU DE PLONGÉE / D'APNÉE :

Plongée : Débutant N1 N2 N3 N4 N5

Initiateur MF1 MF2 Nitrox Nitrox confirmé Trimix

Apnée : Débutant N1 N2 N3 N4

Initiateur MEF1 MEF2

PIÈCES À FOURNIR

Autorisation parentale pour les mineurs

Règlement par chèque à l'ordre de l'USSP

Photocopie de la carte (ou diplôme) FFESSM

Justificatif de domicile pour les pontétiens

Certificat médical de non contre-indication **!**
à la pratique de l'activité (Pensez à conserver des copies car celui du dossier ne sera pas rendu)

TARIFS

| | LICENCE + COTISATION |
|--|----------------------|
| A Jeune -12 ans (uniquement en accompagnement d'un membre du club) | 15,00 € |
| B Jeune -16 ans | 95,00 € |
| C Jeune -18 ans | 110,00 € |
| D Adulte pontétien | 130,00 € |
| E Adulte non pontétien | 160,00 € |
| F Réduction famille (par personne) | -10,00 € |
| G Passager | 60,00 € |

ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES*

| | | | | | |
|-------------|---------|-----------------|---------|-----------|---------|
| H Loirsir 1 | 20,00 € | L Loirsir Top 1 | 39,00 € | K Piscine | 11,00 € |
| I Loirsir 2 | 25,00 € | M Loirsir Top 2 | 50,00 € | | |
| J Loirsir 3 | 42,00 € | N Loirsir Top 3 | 83,00 € | | |

* Voir annexes

ABONNEMENT PRÉFÉRENTIEL À SUBAQUA

| | | | |
|----------------------|---------|------------------------|---------|
| O 6 numéros (12mois) | 26,00 € | P 12 numéros (24 mois) | 49,00 € |
|----------------------|---------|------------------------|---------|

DROIT À L'IMAGE

J'accepte } que mon image puisse apparaître sur les supports de communication du club

Je refuse

Date & Signature

| | |
|--|------------------------|
| Report des lettres | TOTAL : |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> € |

PARTIE RESERVÉE AU CLUB

Certificat médical délivré le :