

TYPE DE SEANCE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Séance de 30 min | <input type="checkbox"/> Séance de 1h |
| <input type="checkbox"/> Séance de 1h30 | <input type="checkbox"/> Séance de 2h |
| <input type="checkbox"/> Séances de 2x2h | <input type="checkbox"/> Séances de 5x2h |
| <input type="checkbox"/> Balade gourmande | <input type="checkbox"/> Autres activités : Scio-Land'Cap... |

Date : Deh..... àh.....

ATTESTATION OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

- atteste que les stagiaires désignés au recto sont en excellente santé physique.
- autorise les salariés de l'O.S.L.C. à faire pratiquer tous soins médicaux qui apparaissent nécessaires y compris le transport dans un établissement hospitalier.
- autorise n'autorise pas l'O.S.L.C. à utiliser les images me représentant à titre d'information ou d'illustration pour ses supports de communication.
- autorise n'autorise pas que l'O.S.L.C. m'adresse des informations à l'adresse mail mentionnée ci-dessus, et déclare être pleinement informé(e) par ce bais.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, des conditions générales de vente, de l'information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence F.F.C.V. du Centre d'Activités Voile et Vent (disponible à l'accueil du C.A.V.V. ou sur le site www.oslc-lespieux.fr).

Fait à Le.....

Signature :

