



Photo d'identité

N° LICENCE :

Etat civil : Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénoms :

Né le : à :

Profession :

Adresse personnelle :

B.P. Code postal Ville.....

Tél. Mobilis E-mail

Personne à prévenir:.....Tél.....

Documents à fournir : (à renseigner par le secrétariat : cocher les cases).

Année d'inscription	20__	20__	20__	20__	20__	20__	20__	20__
Certificat médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau de plongée								
Copie dernier diplôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance								
Loisir 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisir 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisir 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le licencié autorise la FFESSM à céder ses coordonnées postales ou électroniques à des partenaires ou à des tiers pour toutes opérations de mailing.

Le licencié autorise la consultation de son CACI (certificat médical) par les délégués de la FFESSM et via le Qr-code présent sur sa carte de licence.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pop Club et de la Charte internationale du plongeur responsable et je m'engage à les respecter.

Date :

Signature :