

ASSOCIATION DE CLASSE

www.fvoile.fr



1096207H

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE

17, rue Henri Bocquillon 75015 Paris

ASSURANCES

Je reconnais avoir été informé de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires en matière d'assurance corporelle.

Signature (signature des parents pour les mineurs)

CACHET MEDICAL

J'atteste avoir délivré à l'intéressé(e) un certificat de non contre-indication médicale à la pratique du sport de la voile en compétition.

Cachet - Date - Signature

11/3/19

Association VOILCH'SAU
Place Arsène Bréard
44380 PORNICHET