

NOM	SEXE	NAISSANCE
PRENOM	DATE	
AGE	VILLE	
ADRESSE		DEPARTEMENT
PROFESSION		
TELEPHONE		
MAIL		
PERSONNE A PREVENIR		TELEPHONE

NUMERO DE LICENCE		
DERNIER NIVEAU OBTENU	DATE	OBJECTIF

CACI			
MEDECIN		DATE	
MENTION	APNEE	PLONGEE	PSP NIVEAU

COTISATION PAYEE MONTANT			
LICENCE MONITEUR			
LICENCE ADHERENT	APNEE	PLONGEE	PSP
LICENCE ADHERENT PMT			
LICENCE PASSAGER			
AUTORISATION PARENTAL			DROIT A L'IMAGE

<p>J'atteste avoir pris connaissance des conditions négociées et des garanties proposées dans le cadre de contrat d'assurance de groupe. Il m'a été délivré avec la licence le volet "assurance" ainsi qu'un résumé des garanties (code des assurances, art L14. Je consens à la transmission de mes données personnelles à la FFESSM et au cabinet LAFONT tant pour mes licences que pour les compétitions.</p>	
date	SIGNATURE