**BULLETIN D’ADHéSION**

**Renseignements personnels**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | *Votre nom* | Prénom : | *Votre prénom* |
| Adresse : | *Votre adresse* | | |
|  | *Votre adresse* | | |
| Code postal : | *Votre code postal* | Ville : | *Votre ville* |
| Date de naissance : | *Votre date de naissance* | Lieu de naissance : | *Votre ville de naissance* |
| Nationalité : | *Votre nationalité* |  |  |
| Téléphone : | *Votre téléphone* | Courriel : | *Votre adresse Courriel* |

**Statut**

|  |
| --- |
| **Ouvrant droit** (= Actif ou retraité du CNRS, IN2P3, INSU, CAES, CEE)  Laboratoire : *Votre laboratoire*  N° d’agent : *Votre N° d’agent* |
| **Ayant droit** (= conjoint ou enfant à charge de moins de 25 ans d’un Ouvrant droit)  Nom et prénom de votre ouvrant droit : *Ouvrant droit*  N° d’agent de votre ouvrant droit : *N° d’agent Ouvrant droit*  Lien de parenté avec votre ouvrant droit : *Votre lien de parenté* |
| **Partenaire** (= Inserm, INRA, UPS, UTM) |
| **Extérieur** (= tous les autres) |
|  |

**Informations médicales**

Date du dernier certificat médical (moins d’un an[[1]](#endnote-1)) : *Date du certificat médical*

Groupe sanguin : *Votre groupe sanguin*

**Niveau ACTUEL en plongée sous-marine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLONGEUR :** | Baptême | N1 | N2 | N3 | N5 | Autre : | *Autre* |
| **ENCADRANT :** | E1 | E2 | E3 | E4 | Autre : | *Autre* |  |

**Vos attentes pour la saison**

À quel type d’adhésion souhaitez-vous souscrire ? (voir tarifs)

**Membre actif**, pour préparer le niveau *Niveau*

**Membre passager**

**Encadrant actif**

Ce que vous attendez du club : *Vos attentes*

Ce que vous souhaitez apporter au club : *Vos apports*

Remarques et suggestions diverses : *Vos remarques*

Je, soussigné, *votre nom et prénom*, **certifie avoir reçu, lu et approuvé** :

1. les statuts du CAES du CNRS,
2. le règlement intérieur du SeRAS du CAES,
3. le code du sport dans sa version consolidé la plus récente, notamment les clauses relatives aux Établissements qui organisent et dispensent l’enseignement de la plongée autonome à l’air et je m’engage à le respecter,
4. les modalités Assurance Adhérents de la FSGT et leur mise en œuvre ainsi que les formalités à accomplir en cas d’accident.

Par ailleurs, je reconnais avoir été informé que la loi informatique et liberté n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en aout 2004, s’applique à réponses traitées à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l’objet d’un traitement informatique et l’adhérent dispose d’un droit d’accès et de rectification auprès de la SeRAS Plongée. Aucune information ne sera transmise à des personnes extérieures au club ou aux structures dont il dépend lors d’activités.

**Matériel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gilet de stabilisation et détendeur :** | Utilisation du matériel du club | J’utilise mon matériel de plongée |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taille du gilet de stabilisation :**  **(si emprunt auprès du club)** | XS | S | M | L | XL | Je ne sais pas encore |

Mon dossier comprend obligatoirement une photo d’identité au format électronique envoyée au bureau de la SeRAS qui s’en servira afin d’établir la licence FSGT. De plus, cette photographie alimentera le trombinoscope du club accessible depuis la partie privative de son site web à laquelle seront associés mon nom et la première consonne seulement de mon prénom. Si je refuse que la photographie alimente le trombinoscope, je coche la case ci-contre :

Je reconnais avoir été informé que l’équipe encadrante pourra connaitre mes numéros de téléphone et mon courrier électronique pour faciliter l’organisation de l’activité.

**Date** : *Date* **Signature** (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

1. La production du certificat médical pour la plongée subaquatique est subordonnée à la réalisation d’un examen qui devra présenter les caractéristiques suivantes (arrêté du ministère des sports du 24/07/2017) :

   Examen ORL (tympans, équilibration/ perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive).

   Examen dentaire.

   À noter que selon l’arrêté, cet examen peut être effectué par tout docteur en médecine. [↑](#endnote-ref-1)