**POUR LES NOUVEAUX MEMBRES**

**POUR LES MODIFICATIONS DES MEMBRES**

**Infos coordonnées**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Genre |  |
| Adresse |  |
|  |  |
|  |
| Pays |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Tél fixe |  |
| Tél portable |  |
| Email |  |

**Certificat médical d'Absence de Contre-Indication (CACI)**

|  |  |
| --- | --- |
| CACI | Voir document joint. |

**Lieu de naissance**

|  |  |
| --- | --- |
| France ou Étranger |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |

**Dernière licence**

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de licence |  |

**Renseignements complémentaires**

**Liste des brevets**

|  |  |
| --- | --- |
| Vos diplômes de plongée |  |
|  |  |
|  |  |

**Informations médicales**

|  |  |
| --- | --- |
| Groupe sanguin |  |

**Personne à prévenir en cas d'accident.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Genre |  |
| Adresse |  |
|  |  |
|  |
| Pays |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Tél fixe |  |
| Tél portable |  |
| Email |  |

**Médecin de Famille**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Tél fixe |  |
| Tél portable |  |
| Email |  |