



## 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	