



# Scubacailles

*Plongez à la butte aux cailles*

[www.scubacailles.fr](http://www.scubacailles.fr)

[scubacailles@gmail.com](mailto:scubacailles@gmail.com)



**Nom :**

**Date de naissance :**

**Prénom :**

**Téléphone :**

**Email :**

**Adresse :**

**Code Postal :**

**Ville :**

**Niveau de plongée :**

Aucun                      N1                      N2                      N3                      N4

Nombre de plongée :

Date de la dernière plongée :

**Niveau d'encadrement :**

Aucun                      E1                      E2                      E3                      E4

**Formation souhaitée pour la saison 2023-2024 :**

Aucune                      N1                      N2                      N3                      N4

Initiateur                      Apnée                      Biologie                      Nitrox                      RIFAP

Autre (préciser)



---

Je déclare approuver sans aucune réserve les statuts de l'association «**ScubaCailles**»  
(consultables sur le site internet du club : <https://scubacailles.fr>).

Je déclare avoir pris connaissance des contre-indications à la plongée en scaphandre autonome (consultables sur le site de la commission médicale nationale : <https://medical.ffessm.fr/>).

Je déclare avoir été informé(e) de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommages corporels.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'association, les lois et règlements de la FFESSM, à respecter les consignes générales de sécurité et de discipline lors des séances de piscine, de fosse de plongée, de sortie en mer, et de toutes les réunions organisées par le club.

Souhaites-tu rejoindre le groupe WhatsApp du club ? Oui  Non

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :

---

**Merci de remettre votre dossier d'inscription complet avant le 2 octobre 2023**

**Pièces nécessaires au dossier d'inscription :**

**Bulletin d'adhésion** rempli, daté et signé ;

Photocopie ou copie électronique du **Certificat médical d'Absence de Contre-Indication** (CACI) de moins d'un an, obligatoire pour pratiquer la plongée scaphandre.

**Attention** : Vous conservez l'ORIGINAL de votre certificat médical, lequel vous sera demandé pendant les sorties en fosse ou en milieu naturel. Seul un certificat médical à jour permet l'accès à la piscine ;

**Règlement** à l'ordre de Scubacailles

**Autorisation du représentant légal pour les mineurs** ;

---

**Rejoignez-nous à la butte aux cailles ou contactez-nous**



[www.scubacailles.fr](http://www.scubacailles.fr)

[scubacailles@gmail.com](mailto:scubacailles@gmail.com)