



ATTESTATION D'INSCRIPTION A L'ASSURANCE

Je déclare souscrire à l'assurance individuelle et responsabilité civile de Skydive Cerfontaine.

NOM: PRÉNOM:

Né (e) à le/...../.....

Nationalité:

N° de carte d'identité:

Profession:

Mutuelle:

Adresse de la Mutuelle:

Domicile légal:

.....

Adresse pour correspondance:

.....

Téléphone, Privé: Gsm:

Je déclare désigner comme bénéficiaire éventuel de la présente assurance en cas de décès:

M (en lettre capitales)

Adresse

Par la présente, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Skydive Cerfontaine que j'accepte sans aucune réserve.

Fait à: le/...../20.....
(En toutes lettres: **lu et approuvé**)

Signature Assuré

**Pour les mineurs,
Signature des parents ou tuteurs**