

ATTESTATION D'INSCRIPTION A L'ASSURANCE

Je declare souscrire à l'assurance individuelle et responsabilité civile du Skydive Spa ASBL aux conditions de la police n° **14020886**.

NOM: Prénom:

Né(e) à : Le/...../.....

Nationalité:

N° Identification au Registre National :

Profession :

Health care Insurance:

Adresse de la Mutuelle:

Domicile légal:

Adresse pour correspondance:

Email Address:

Contact Person.....

Téléphone : Mobile :

Le soussigné, declare designer comme bénéficiaire éventuel de la présente assurance en cas de décès:

M (en lettres capitales)

Adresse:

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

Fait à: le/...../20.....
(En toutes lettre : **Lu et approuvé**)

Signature de la personne assurée

**Pour les mineurs,
Signature des 2 parents**