



# COTISATIONS MEMBRE ET LICENCES 2024

## MEMBRE

<b>NOM :</b>		<b>PRENOM :</b>	
N° DE LICENCE :		DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....	
ADRESSE :			
CODE POSTAL :		VILLE :	
E-MAIL :		TELEPHONE :	

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

NOM DU BATEAU :		TYPE DE BATEAU :	N° DE VOILE :
ACTIVITES : <input type="checkbox"/> Régate <input type="checkbox"/> Croisière <input type="checkbox"/> Bateau moteur <input type="checkbox"/> Dériveur			
BENEVOLAT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		PERMIS BATEAU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Cotisation 2024	Tarif Membre	Tarif non-membre	Quantité	Total
Cotisation membre YCCA adulte	70 €			
Cotisation membre YCCA jeune de moins de 30 ans	30 €			
Cotisation membre YCCA famille (à renseigner au dos)	110 €			
Licence FFvoile annuelle adulte	68 €	72 €		
Licence FFvoile annuelle jeune de moins de 18 ans	32 €	37 €		
Licence FFvoile temporaire 1 jour	19 €	20 €		
Licence FFvoile temporaire 4 jours	34 €	35 €		
Don au YCCA				
<b>Montant à régler</b>				

### Mode de règlement au Club ou par courrier

YCCA – Port du Croüesty – 56640 Arzon

- Espèces  Carte Bancaire  Chèque bancaire  Virement RIB sur demande et sur le site

Je soussigné(é) ..... atteste avoir reçu une notice d'information relative aux contrats d'assurance FFV/MMA/MDS/AXA et reconnais avoir été informé(e) des possibilités offertes par les garanties complémentaires et les options des différentes complémentaires proposés. J'autorise le YCCA à utiliser gratuitement, sur tous supports, les images qui pourrait être faites durant l'année 2024. J'accepte de recevoir des email d'informations du Yacht Club du Croüesty et de ses partenaires. Conformément à la loi du 06/01/1978, vous disposer d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données vous concernant en écrivant à l'adresse suivante : YCCA – Port du Croüesty – 56640 ARZON.

- Je souscris auprès de ..... les garanties suivantes : .....  
Je m'engage à renvoyer par mes propres moyens le bulletin de souscription.  
 Je ne souhaite souscrire à aucune garantie complémentaire en cas d'accidents corporels.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature obligatoire (représentants légaux pour les mineurs) précédée de la mention « lu et approuvé »

**ADHESION FAMILLE**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
N° DE LICENCE :	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
E-MAIL :	TELEPHONE :

**ADHESION FAMILLE**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
N° DE LICENCE :	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
E-MAIL :	TELEPHONE :

**ADHESION FAMILLE**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
N° DE LICENCE :	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
E-MAIL :	TELEPHONE :

**ADHESION FAMILLE**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
N° DE LICENCE :	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
E-MAIL :	TELEPHONE :

**ADHESION FAMILLE**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
N° DE LICENCE :	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
E-MAIL :	TELEPHONE :