

N° de la structure : 7324

Si oui, votre n° de licence FFP :

(Pour les étrangers, n° de la licence dans le pays d'origine :

VOS DONNEES PERSONNELLES 2024

Civilité : Mlle Mme M

Nom :

Prénom :

Homme Femme

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Adresse :

CP et Ville :

Pays :

Nationalité :

☎ :

Tél. portable :

E-mail :

Poids :

Taille de la voile :

Assuré(e) social(e) : OUI NON

Catégorie socioprofessionnelle :

Agriculteurs exploitants Professions Intermédiaires

Artisans, commerçants et chefs d'entreprises

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Retraités

Elèves et étudiants

Employés

Ouvriers

Policiers et militaires

Autres personnes sans activité

Méthode d'enseignement choisie : Traditionnelle PAC

Nombre total de sauts :

VOTRE LICENCE PARACHUTISME 2024

A remplir uniquement pour les licences annuelles et si vous êtes éligibles à l'une des 4 cases

Dirigeant

Encadrant

Initiateur

CQP vidéo

N° carte professionnelle :

(Pour ceux qui n'ont pas de carte professionnelle remplir les champs ci-dessous)

Nom de naissance :

Lieu de naissance France : Département

Commune :

Code INSEE

Lieu de naissance à l'étranger : Pays de naissance :

Ville :

Administrative (57,00 €)

Technique (57,00 €)

Licence annuelle pratiquant valable jusqu'au 31/12 de l'année en cours

Senior et vétéran (né jusqu'en 1998) : 185,00 €*

Cadet** et junior (né entre 1999 et 2009) : 77,00 €*

Etranger : 20,00 €

Moniteur BPJEPS PAC et/ou TANDEM : 500,00 €

Licence découverte pratiquant

Stage parachutisme (né jusqu'en 1998) : 87,00 €

Valable 30 jours à compter de la date de souscription

* inclus la participation pour la ligue AURA

** cette licence est valable uniquement pour les pratiquants âgés de 15 ans minimum ayant validé leur formation initiale avant 2024

Seules les licences annuelles autorisent la pratique du parapente, de la soufflerie et de l'ascensionnel

VOTRE COUVERTURE ASSURANCE 2024

Certificat médical : OUI NON

Date de la visite : / /

J'accepte l'assurance individuelle proposée par la FFP (comprise dans la licence) : OUI NON

Nom du bénéficiaire en cas de décès :

L'attention du souscripteur est attirée sur l'utilité et la nécessité de souscrire l'assurance individuelle Accident et l'assurance rapatriement proposées par la FFP, et de souscrire une assurance individuelle accident complémentaire.

Je, soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances du contrat fédéral « Responsabilité civile » et « Individuelle accidents » et de l'intérêt que j'aurais à souscrire des garanties individuelles complémentaires telles qu'indiquées ci-dessus.

J'adhère à l'assurance rapatriement France et étranger pour 80,00 €

OUI

NON

En conséquence de ce qui précède, je verse la somme de :

€.

Date de souscription : / /

Signature obligatoire de l'adhérent(e)

Signature obligatoire du délégué de la structure