

À remplir et adresser, accompagnée du règlement,  
 À la Société des Régates Rochelaises –Avenue de la Capitainerie–17000 LA ROCHELLE

**COUPE DE NOEL**  
**27 novembre 2011**

**Paiement des frais de participation 5€/équipier** (à joindre à la fiche)

Oui  Non

**BATEAU**

**Nom :** **N° de voile :**  
**Type :** Couleur de la coque :

Stationné au Port de La Rochelle Ponton N° .... Place N°...

Monotype

Handicap National - Certificat à fournir à l'inscription

Carte Pub (à fournir à l'inscription)  oui  non

**SKIPPER**

<b>NOM Prénom</b>	<b>Réservé à l'organisation</b>
N° Licence FFV	Visa médical
N° du Club	Poids
Nom du Club	

Adresse

Tél. Portable **Email**

**Formule d'acceptation des règles :**

Le skipper/le barreur s'engage à respecter les règlements de l'ISAF, de la F.F.V., de l'avis de course et des instructions de course qui lui seront remises lors de la confirmation d'inscription.

Date : Signature :

**Autorisation parentale pour les mineurs :**

Je soussigné ..... père, mère ou tuteur de .....  
 l'autorise à participer à .....

La Rochelle, le Signature :

*Coordonnées des autres équipiers à préciser au verso ...*

LISTE DES EQUIPIERS

<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	<b><i>Réservé à l'organisation</i></b> Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids
<b>NOM Prénom</b> N° Licence FFV	Visa médical Poids

À remplir et adresser, accompagnée du règlement à :

**Société des Régates Rochelaises**

Avenue de la Capitainerie  
17000 LA ROCHELLE

[www.srr-sailing.com](http://www.srr-sailing.com)