

Sarah GLASER  
9 route de Minerve  
34210 AZILLANET

Centre Nautique de Narbonne Plage  
mail : olivier.dehaller@wanadoo.fr

Azillanet, le 24 mai 2018

Cher Olivier,

Comme nous en avons convenu, je te confirme avoir souscrit auprès de la MAAF l'assurance navigation de plaisance a effet du 24/05/18 pour ma barque à voile.

Dans l'attente de l'attestation MAAF à recevoir, je te prie de trouver ci-joint copie :

- facturation MAAF / assurance navigation
- certificat médical
- questionnaire santé 2018
- description du bateau

Je te souhaite bonne réception de ces documents et te prie de croire, Cher Olivier, en l'assurance de mes sentiments distingués.

Sarah GLASER





DDWFAG00

**VOS INFORMATIONS****Votre agence MAAF**

43 AVENUE DE TOULOUSE

31240 L UNION

Tél. : 05 62 89 20 73

Fax : 05 62 89 57 59

@ : Agence.LUNION@maaf.fr

**Votre n° client : 31065072 Y****Votre n° facture : 180156**MLLE GLASER SARAH  
9 ROUTE DE MINERVE  
34210 AZILLANET**Objet : facturation de vos opérations**

Le 24 mai 2018

Chère cliente,

Suite aux opérations effectuées récemment, nous vous prions de trouver leur facturation détaillée.

Avec nos remerciements, recevez, Mademoiselle, l'expression de nos salutations distinguées.

Votre conseiller en clientèle

Page : 1 / 1

DATE DES OPERATIONS	DESIGNATION DE VOS OPERATIONS	MONTANT	
	SITUATION AU 19/04/2018 portant sur la globalité de vos contrats (hors santé)	+	394,34
19/04/2018	VOTRE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE DU 09/05/18	-	15,40
24/05/2018	ASSURANCE NAVIGATION DE PLAISANCE A EFFET DU 24/05/18	+	31,64
	TVA non due. Prestations exonérées de TVA en vertu des dispositions de l'article 261 C-2 du CGI		

**MONTANT DÛ JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2018****410,58 €**

Ce montant est réparti selon le calendrier ci-dessous

**CALENDRIER DE PRELEVEMENT(S)**

**Vous réglez par prélèvement automatique**  
10/07/2018 410,58 €

N° de client : 31065072 Y

Nos sociétés n'accordent aucun escompte

**VOS COORDONNEES BANCAIRES**

En cas de changement de vos coordonnées bancaires, merci de nous transmettre dès aujourd'hui, un nouveau relevé d'identité bancaire. Toute modification enregistrée avant le 03/07/2018 sera prise en compte pour le prochain prélèvement.

Il sera perçu pour tout prélèvement automatique impayé une somme de 7 euros à titre de dommages intérêts forfaitaires.

**Rappel de vos coordonnées :****N° CLIENT : 31065072 Y****TITULAIRE DE COMPTE : MLLE GLASER SARAH****IBAN : FR76 3000 4007 6400 0001 2396 834****BIC : BNPAFRPPXXX****ETABLISSEMENT : BNPPARB TOULOUSE B D****RUM : ++IARD131065072001****ICS : FR38ZZZ452025****MAAF Assurances SA**

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 160 000 000 euros entièrement versé

RCS NIORT 542 073 580 - Code APE 6512 Z - ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES

N° de TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580

Siège social : Chaban 79180 CHAURAY - Adresse : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr

Vos données personnelles sont utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance, ainsi qu'à des fins commerciales, de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, et de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce dernier traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les données sont destinées à MAAF Assurances SA, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités et partenaires qui lui sont liés et à des organismes professionnels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de opposition pour motifs légitimes, en vous adressant à MAAF Assurances SA, Coordination Informatique et Télématique - Chauray - 79036 Niort Cedex 09. Nous vous informons que vous êtes susceptible de recevoir un appel de l'un de nos conseillers et que les entités téléphoniques peuvent faire l'objet d'une double écoute et d'un enregistrement à des fins d'amélioration du service proposé et de formation de nos équipes. Vous pouvez vous opposer à ce traitement en le signalant en début d'entretien.

## EXTRAIT DU REGLEMENT MEDICAL DE LA FFVOILE

### Article 8

L'obtention du certificat médical de non contre indication à la pratique de la voile et notamment de la voile en compétition est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du Doctorat d'Etat, et inscrit à l'ordre des médecins.

#### La Commission Médicale Nationale de la FFVoile :

- **Rappelle** que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :
  - engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyens,
  - doit être pratiqué dans un environnement médical approprié quand il a lieu avant une compétition.
- **Précise** que le contenu de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur.
- **Conseille** :
  - de tenir compte des pathologies dites de « croissance » et des pathologies antérieures,
  - de consulter le carnet de santé,
  - de vérifier plus précisément au niveau de l'appareil locomoteur : rachis, ceintures, genoux, pieds, en s'aidant si nécessaire de radiographies.
- **Insiste sur les contres indications à la pratique de la voile** :
  - toute pathologie susceptible de s'aggraver au cours de l'activité sportive et/ou de compromettre la sécurité,
  - en cas de doute, contacter la Commission Médicale.
- **Préconise** :
  - une mise à jour des vaccinations,
  - un bilan dentaire annuel,
  - une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 40 ans,
  - une surveillance biologique élémentaire à partir de 40 ans,
  - un examen ORL et visuel.
- **Prescrit** :
  - Les conditions d'aptitudes physiques et médicales pour participer aux épreuves habitables en solitaire et en double devant respecter les RSO de type 0,1 et 2 sont définies en annexe 3 du présent règlement,
  - pour toutes les autres courses en haute mer, de réaliser un bilan médical de l'intéressé le plus complet possible, en relation avec la ou les compétitions envisagées.

### Certificat Médical (valable un an)

Dans le cadre de l'article II.3.2 du règlement technique de la FFVoile  
Pris en application des articles L.231-2, L.231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur : **Dr Gérard LOMBARDE** certifie avoir examiné ce jour

Nom GLASER Prénom Jozsef né(e) le 28.07.1973

et certifie que son état de santé ne contre indique pas

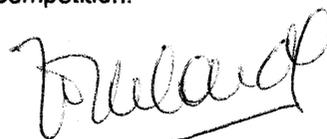
la pratique de la voile

y compris en compétition.

Fait le OLONZAC à 11 MAI 2018

Signature et cachet du médecin examinateur

**Dr G. LOMBARDE**  
16 Rte d'Oupia - OLONZAC  
RPPS 10003211835




PARTENAIRE  
OFFICIEL



PARTENAIRE  
FEDERAL

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE  
17, rue Henri Bocquillon 75015 Paris  
Tél : 01 40 60 37 00 - Fax : 01 40 60 37 37 - www.ffvoile.fr

La Fédération Française de Voile est l'autorité nationale de la voile, membre de l'U.S.A.F., du C.N.O.S.F. Reconnue d'utilité publique par décret du 20/12/72

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2018  
RENOUVELLEMENT DE LICENCE  
FEDERATION FRANÇAISE DE VOILE**

**Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants renouvelant leur licence au sein de la Fédération Française de Voile et ayant déjà présenté l'an dernier un certificat médical. Il permet de savoir si vous devez fournir un nouveau certificat médical.**

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON</b> <i>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</i>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>A ce jour :</b>		
7. Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Il est constaté que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de la voile. Vous n'avez donc pas besoin de présenter un nouveau certificat médical et pouvez simplement remplir l'attestation dédiée (voir ci-dessous) en ligne dans votre Espace Licencié (sauf pour le licencié mineur) ou dans votre club.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Vous devez consulter un médecin et lui présenter le questionnaire de santé. La pratique de la voile sera subordonnée à la présentation d'un certificat médical.

**ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTE**

**Je soussigné(e)**

Nom : **GLASER**  
Numéro de Licence :

Prénom : **SARAH**

Déclare avoir fourni un certificat médical en 2017 et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

Date et signature du titulaire ou du représentant légal si le licencié est mineur

11 mai 2018

*S. Glaser*



PARTENAIRE OFFICIEL



PARTENAIRE FÉDÉRAL

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE

17, rue Henri Bacquillon 75015 Paris

Tél : 01 40 60 37 00 - Fax : 01 40 60 37 37 - [www.ffvoile.fr](http://www.ffvoile.fr)

La Fédération Française de Voile est l'autorité nationale de la voile, membre de l'U.S.A.F. du C.N.O.S.F. Reconnue d'utilité publique par décret du 20/12/72

De : Sarah GLASER

A : Centre Nautique de Narbonne Plage -

M. Olivier DEHALLIER

mail : olivier.dehaller@wanadoo.fr

## **DESCRIPTIF du BATEAU**

Propriétaire : Sarah GLASER  
9 route de Minerve  
34210 AZILLANET

Dénomination : OTTO  
Type : barque à voile (dériveur)  
Longueur : 2,90 mètres