

## 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**