**FORMULAIRE D’INSCRIPTION AU COMITE LOCAL DES USAGERS PERMANENTS DU PORT**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** | |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Lieu de naissance : |
| Adresse : | |
| Code postal : | Ville : |
| Pays : | N° Tél : |
| Adresse mail : | |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION DE TRANSMISSION DE SES COORDONNEES**  **AUX AUTRES MEMBRES DU CLUPP** |
| OUI NON |

FORMULAIRE A ADRESSER A LA CAPITAINERIE :

* Soit par courrier à l’adresse : Capitainerie, Quai des Commandants Favier, 13230 PORT ST LOUIS DU RHONE
* Soit par courriel à [capitaineriepsl@nautismed.fr](mailto:capitaineriepsl@nautismed.fr)
* Soit en dépôt à la capitainerie.

Je soussigné, ……………………………………………………………………………, confirme être détenteur d’un titre d’occupation d’un poste d’amarrage d’une durée supérieure à 6 mois et souhaite une inscription sur la liste des membres du Comité Local des Usagers Permanents du Port de Port-Saint-Louis-du-Rhône.

Date : Signature :