**OPEN APNEE LYON 2020**

Bonjour les apnéistes !

Comme le délai pour saisir votre inscription est **limité à 45 minutes**, on vous donne quelques astuces pour que vous ne soyez pas pris au dépourvu.

**1/ prenez votre CB à côté de vous**

ben oui, ce serait bête de tout saisir et de perdre 5 minutes à trouver cette #&!@%$ carte et risquer ainsi de devoir tout recommencer

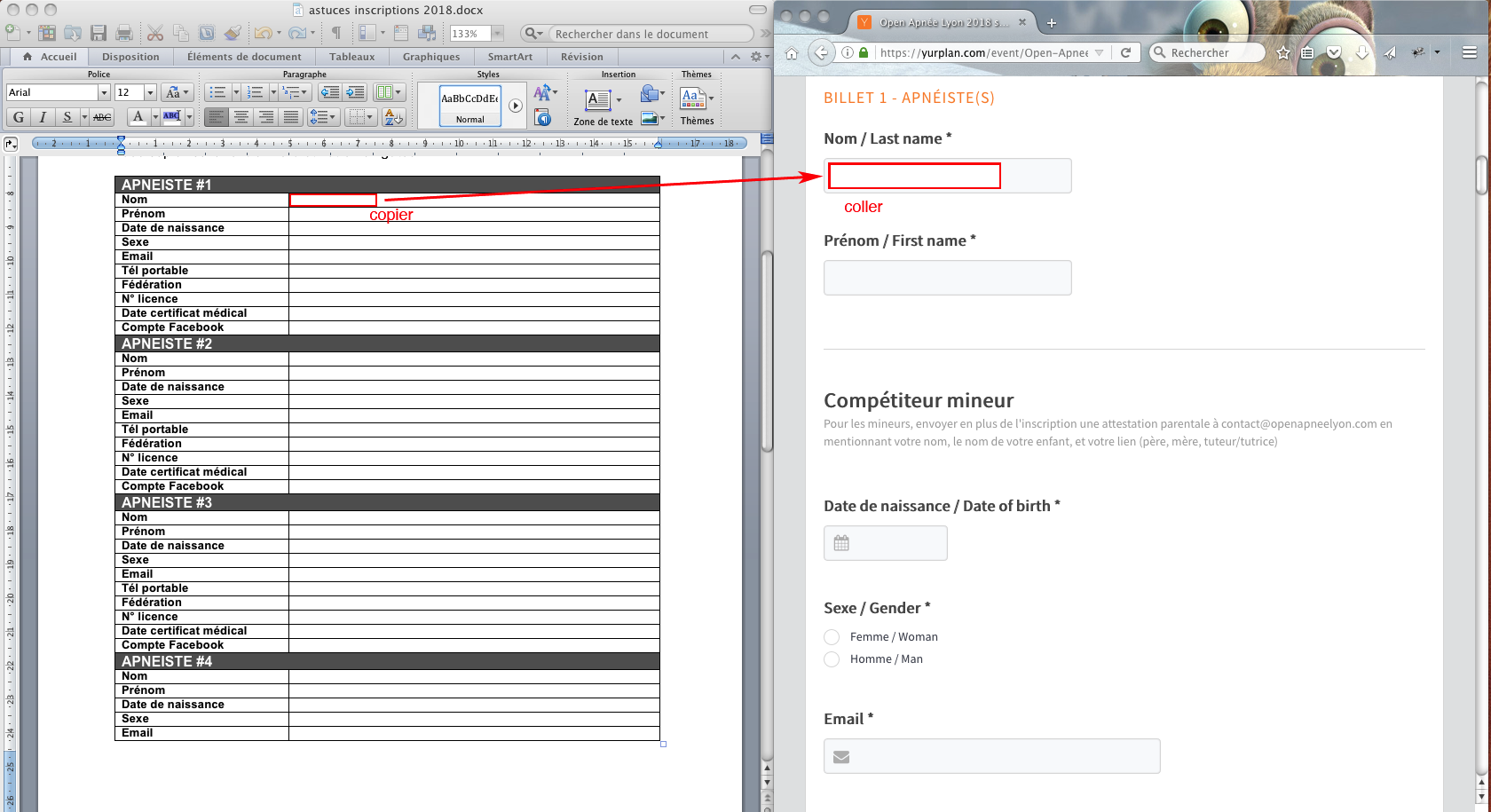
**2/ préparez votre fichier des annonces**

Le modèle est disponible sur https://www.openapneelyon.com/wp-content/uploads/2020/02/inscription\_equipe\_Open-Apnee-Lyon-2020.zip

Une fois rempli, il faut l’enregistrer et compresser le fichier au format ZIP

**3/ récupérez les infos de tous les membres de votre équipe**

On vous conseille de tout saisir dans ce fichier, comme ça vous n’aurez qu’à faire des copier-coller entre Word et votre navigateur (en ayant pris la peine de les afficher côte à côte pour que ce soit plus simple)



|  |  |
| --- | --- |
| **APNEISTE #1** | |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Email** |  |
| **Tél portable** |  |
| **Fédération** |  |
| **N° licence** |  |
| **Date certificat médical** |  |
| **Compte Facebook** |  |
| **APNEISTE #2** | |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Email** |  |
| **Tél portable** |  |
| **Fédération** |  |
| **N° licence** |  |
| **Date certificat médical** |  |
| **Compte Facebook** |  |
| **APNEISTE #3** | |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Email** |  |
| **Tél portable** |  |
| **Fédération** |  |
| **N° licence** |  |
| **Date certificat médical** |  |
| **Compte Facebook** |  |
| **APNEISTE #4** | |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Email** |  |
| **Tél portable** |  |
| **Fédération** |  |
| **N° licence** |  |
| **Date certificat médical** |  |
| **Compte Facebook** |  |
| **APNEISTE #5** | |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Email** |  |
| **Tél portable** |  |
| **Fédération** |  |
| **N° licence** |  |
| **Date certificat médical** |  |
| **Compte Facebook** |  |