

BULLETIN D'INSCRIPTION

ADHERENT

NOM PRENOM

Né(e) le

ADRESSE

TELEPHONE

MAIL

POUR LES ADULTES

PROFESSION

POUR LES BEBES - ENFANTS

NOM & PRENOM - PROFESSION PARENT 1

NOM & PRENOM - PROFESSION PARENT 2

FRERES/SOEURS :

AGE :

POUR LES FEMMES ENCEINTES

DATE PREVUE D'ACCOUCHEMENT :

PIECES A FOURNIR

- ⇒ 1 enveloppe timbrée à votre adresse
- ⇒ Certificat médical
- ⇒ Acceptation règlement intérieur
- ⇒ carnet de santé pour les enfants (vaccination antipoliomyélitique)

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur
certifie que né(e) le
ne présente pas de contre indications cliniquement décelable à la pratique de
l'activité aquatique.

Autres :

A

Le

Signature - Cachet