

## Cs wci { o

tonic

bien-être

CRÉNEAU HORAIRE

NOM

PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

Date de naissance

Sexe    féminin    masculin

email

Téléphone domicile

Téléphone portable

Je certifie être couvert(e) par mon assurance individuelle contre les risques d'accidents.

J'autorise l'équipe d'encadrement à me faire transporter dans l'établissement hospitalier le plus proche en cas d'accident.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement aquatique.

DATE

Signature avec mention "Lu et approuvé"