

Natation adwngu

Créneau horaire souhaité
(dans la mesure des places disponibles)

NOM

PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

EMAIL

Date de naissance

Sexe féminin masculin

Personne à prévenir en cas d'accident

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"