

Natation enfants/ados

enfant

ado

Créneau horaire souhaité
(dans la mesure des places disponibles)

NOM de l'enfant

PRENOM de l'enfant

NOM

père

mère

tuteur

PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

EMAIL

Date de naissance de l'enfant

Age

Sexe féminin masculin

Personne à prévenir en cas d'accident

Téléphone domicile

Téléphone portable

Je certifie que mon enfant est couvert par mon assurance individuelle contre les risques d'accidents.

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

J'engage mon enfant à respecter le règlement intérieur de l'établissement aquatique.

Je prends acte que la responsabilité de la direction des sports ne peut être engagée que durant les séances de l'école de natation.

Je m'engage à vérifier la présence de l'éducateur avant de déposer mon enfant.

DATE

Signature avec mention "Lu et approuvé"