

## Natation maternité

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

EMAIL

Téléphone

Profession

Votre médecin traitant

Votre gynécologue

Votre accoucheur

Votre sage-femme pour la préparation à l'A.S.D

Age de la grossesse au début de l'activité

Terme prévu

Etes vous nageuse ?

Mettez-vous la tête sous l'eau ?

Portez vous des lunettes ou des lentilles ?

Personne à prévenir en cas d'accident

Téléphone domicile

Téléphone portable

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

Je certifie que je suis couverte par une assurance individuelle contre les risques d'accidents.

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

DATE

Signature avec mention "LU ET APPROUVE"