

ROCK THE WATER

Lieu des cours : **SHEMS'Y CENTRE AQUATIQUE BEABA SALÉ**

Période des cours :

Janvier-Février Mars-Avril Mai-Juin Juillet-Août Septembre-Octobre Novembre-Décembre

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ N° CIN : _____

Adresse : _____

Ville : _____

E-mail : _____ Téléphone: _____

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné Docteur, _____ certifie avoir examiné

Mr/Mme _____ né(e) le _____ / _____ / _____ et atteste par la présente qu'il/elle

ne présente aucune contre indication à la pratique de l'aquagym.

Fait à _____ Le _____ / _____ / 2022

FORMULE (NE PAS REMPLIR)

Formule :

AQUASTEP AQUAGYM AQUABIKE FULL

Carnet n° :5 / _____

DATES : 1 / _____ 2 / _____ 3 / _____ 4 / _____ 5 / _____

6 / _____ 7 / _____ 8 / _____ 9 / _____ 10 / _____

Je soussigné(e), confirme avoir pris bonne connaissance des conditions générales du centre d'éducation et de Bien-Être aquatique **BEABA**, et par ma signature, j'accepte ces dernières sans réserve.

Signature

Date :