

ÉDUCATION AQUATIQUE KIDS

Date ____ / ____ / ____

Etablissement _____

ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Date et lieu de naissance ____ / ____ / ____ À _____ Age _____

TUTEUR/PARENT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

E-mail _____ Téléphone _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ CIN n° : _____
autorise mon enfant à pratiquer la natation au sein du centre d'éducation aquatique **BEABA** et m'engage
par la présente à respecter le règlement intérieur de la piscine.

Je confirme avoir pris bonne connaissance du règlement intérieur du centre d'éducation et de
bien-être aquatique **BEABA**, et par ma signature, j'accepte ces dernières sans réserve.

J'autorise le responsable du bassin à prendre des photos de groupe pour la promotion du Centre
BEABA sur les réseaux sociaux et autres supports numériques : OUI NON

Le ____ / ____ / ____

Signature :

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné
_____ né(e) le ____ / ____ / ____ et atteste par la présente
qu'il/elle ne présente aucune contre indication à la pratique de la natation.

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin :