

ÉDUCATION AQUATIQUE ADULTES

Date :

Nom _____ Prénom _____

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

CIN Numéro _____

Adresse _____

Ville _____

E-mail _____

Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____

Aquaphobe : NON OUI

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

Signature :**Date :****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.

Coordonnées du médecin : _____

Fait à _____ Le ____ / ____ / 2023

Signature et cachet du médecin :