

Tél : 06.87.23.89.39
Mail : cnbo40@yahoo.fr

SAISON 2017-2018

(A compléter par les membres du bureau)

Certificat médical	OUI	NON
Autre resp légal	OUI	NON
Droit à l'image	OUI	NON
Demande att. paiement	OUI	NON

Nom du nageur :
Prénom :
Date de naissance :
N° licence :

Nom et prénom du représentant légal :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Adresse mail :

Nous vous rappelons que l'accès au bassin ne sera autorisé que sur présentation du certificat médical. Pour les compétiteurs merci de faire ajouter au médecin « apte à la compétition ».

Nom du médecin traitant :

Tél :

Est-ce que votre enfant ou vous-même avez un souci de santé particulier qui mérite d'être signalé aux entraîneurs ? (asthme, ...) nécessitant une attention particulière au cours de la pratique du sport.

.....
.....
.....

Pour raison de sécurité, le bureau directeur vous demande d'accompagner et de récupérer votre enfant dans la piscine et de vous assurer de la présence des entraîneurs. Le BO natation ne pourra être tenu responsable d'un quelconque problème (dégradation, bousculade) en dehors de la piscine et en dehors des horaires indiqués.

Je soussigné Mme/M responsable
légale de l'enfant autorise Mme/M
à ramener mon enfant chez moi en cas d'absence à la fin du cours.
Personne à prévenir en cas d'absence inopinée pour récupérer mon enfant :
..... tél :
