

## STAGE D'ÉTÉ - KIDS

Date : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ À \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

### TUTEUR

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone 1 \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_

## 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

Salé, Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

**Signature :**

## FORMULES AU CHOIX (UNE CASE À COCHER)

12h00 - 13h00				
16h30 - 17h30				
17h30 - 18h30				

## 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 :**