

MEDIC

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

Période des séances :

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

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ / _____ / _____ à _____ N° CIN : _____

Adresse : _____

Ville : _____

E-mail : _____ Téléphone : _____

N° de police d'assurance : _____

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.

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.

Fait à _____ Le _____ / _____ / 2022

Coordonnées du médecin : _____

Signature et cachet du médecin :

FORMULE (NE PAS REMPLIR)

Formule : FUTURE MAMAN AQUAPHOBE RÉÉDUCATION PMR AUTRE _____Carnet 10 séances : NON OUI Carnet n° : 4 / _____

Je 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.

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

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

DIRECTION :**Date :**