

CLAR Piscine

Saison 2026-2027

Rue Léonce Mailho  
17000 LA ROCHELLE

ATTESTATION D'ENGAGEMENT DE SUIVI DE SANTE  
LORS DE LA DEMANDE D'ADHESION

*(Uniquement si vous êtes en possession d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la natation de moins de 3 ans)*

Je, soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent)

.....

Si l'adhérent est non majeur (Nom et Prénom du représentant légal)

.....

En tant qu'adhérent je m'engage d'avoir un suivi médical régulier tout au long de l'adhésion et à informer l'association en cas de problème de santé si je continue l'activité.

Pour faire valoir de ce que de droit.

à .....

le ...../...../.....

Signature :