

CERCLE LAIQUE AQUATIQUE ROCHELAIS

Adhérent

date d'inscription :

Nom :

Prénom :

Nom du responsable (pour les mineurs) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

Portable :

Adresse mail (en majuscules):

Code groupe sélectionné :

☐

Certificat médical

☐

Engagement de suivi médical

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident

Pour le choix de la section et du groupe, se référer au tableau.

Section (cocher une seule case)

☐

Aquagym

☐

Perfectionnement adulte

☐

Nage libre

☐

Perfectionnement jeune

☐

Soutien

Groupe (cocher une seule case)

☐

S

☐

LP

Piscine Lucien MAYLIN

☐

MA1

☐

MA2

☐

MA3

☐

MA4

☐

MA5

☐

MA6

☐

ME1

☐

ME2

☐

ME3

☐

ME4

☐

ME5

☐

ME6

☐

SA1

☐

SA2

Piscine PALMILUD

Tarif

Moyen de paiement

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

Pour faire valoir ce que de droit.

à

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

Signature :

