

# PISCINE MUNICIPALE BULLETIN D'INSCRIPTION MINEURS

Semaines choisies

28 – 29

30 – 31

32 - 33

PHOTO

## PARTICIPANT (merci d'écrire en majuscule)

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Age : .....

## COORDONNÉES DES PARENTS/TUTEURS

Mme/M. : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. portable : .....

Tél. domicile : .....

Tél. professionnel : ..... courriel : .....

## DECHARGE DE RESPONSABILITÉ (pour les enfants de 6 ans et plus)

Je soussigné(e), Mme, M. .... autorise mon enfant, ..... à se rendre seul(e) et à repartir seul(e) au cours de natation organisé par la piscine municipale de Bazas et reconnais accepter qu'il ne sera pris en charge, et donc sous la responsabilité de la commune, qu'une fois accueilli(e) par l'encadrant au bord du bassin. J'en accepte toutes les conséquences en termes de responsabilité.

## MODE DE RÈGLEMENT

Chèque à l'ordre du Trésor Public

« Je soussigné(e) Mme, M. ...., certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales d'inscription de mon enfant et m'engage à acquitter l'intégralité du forfait fixé à 100€.

Date : .....

**Signature du parent  
ou du tuteur investi de l'autorité parentale  
précédée de la mention « Lu et approuvé »**

## CAS D'URGENCE

En mon absence, la personne à contacter est Mme/M.

Mme/M. : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. portable : .....

Tél. domicile : .....

Tél. professionnel : ..... courriel : .....

## AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX (à remplir par les parents ou le tuteur)

« Je soussigné(e) ....., autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien au mineur :

(Nom et prénom) .....

Date de naissance : .....

Maladies et allergies à signaler : .....

.....

Date : .....

Lieu : .....

Signature

CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE- INDICATION  
A LA PRATIQUE DE LA NATATION

Je soussigné(e) Docteur .....

Domicilié à .....

Certifie avoir examiné .....

né(e) le : .....

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique sportive et particulièrement la natation.

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du Médecin