

FICHE D'INSCRIPTION AQUAGYM

Les cours d'aquagym sont proposés à la piscine de Bazas, le mercredi de 19h à 20h et le samedi de 10h à 11h au cours des mois de Mai, Juin et Septembre 2019.

Pour participer à cette activité, il est obligatoire de retourner le dossier d'inscription complet à la mairie de Bazas (service état civil).

Il est possible de s'inscrire aux différents cours, par téléphone (05.56.65.06.65), par mail (etat.civil@ville-bazas.fr) ou bien, en se présentant directement à la mairie.

NOM Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Tél. professionnel : Courriel :

Un numéro de téléphone et une adresse mail nous permettent de vous contacter pour vous communiquer les informations éventuelles telles qu'absence de l'animateur, indisponibilité de la piscine...

TARIF : 5 €/séance, payables directement sur place auprès du régisseur de la piscine, en numéraire ou par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.

PIECES A FOURNIR :

- certificat médical de moins de 3 mois attestant aucune contre-indication à la pratique de l'aquagym
- attestation d'assurance de responsabilité civile

CONDITIONS GENERALES :

- Le tarif est valable pour une séance uniquement.
- Le nombre de créneaux proposés sera maintenu sous réserve d'un nombre suffisant de participants.
- Pour des raisons d'hygiène et afin de maintenir la qualité de l'eau des bassins, nous vous rappelons que la douche est obligatoire avant la séance.
- L'inscription aux séances d'aquagym suppose l'acceptation du règlement intérieur de la piscine de Bazas.

Je donne mon consentement à la reproduction et à la diffusion de mon image pour la réalisation de documents destinés à la promotion des activités ou d'articles sur le bulletin municipal.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare l'approuver.

Fait à le

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

EN CAS D'URGENCE

En mon absence, la personne à contacter est :

Mme/M. :

Prénom :

Lien :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Tél. professionnel : courriel :

AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX

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

Date de naissance :

Maladies et allergies à signaler :

.....

Date :

Lieu :

Signature