

**PISCINE MUNICIPALE
BULLETIN D'INSCRIPTION MINEURS**

Choix des créneaux :

Du 7/07 au 20/07

Du 21/07 au 3/08

Du 4/08 au 17/08

Du 18/08 au 31/08

PARTICIPANT (merci d'écrire en majuscules)

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : / /

Age :

COORDONNEES DES PARENTS / TUTEURS

Mme/M. :

Prénom :

Lien :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Tél. professionnel : Courriel :

DECHARGE DE RESPONSABILITE (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 REGLEMENT

Chèque à l'ordre du Trésor Public

Numéraire

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 »**

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 MEDICAUX (à remplir par les parents ou le tuteur)

Je soussigné(e), autorise les secours à pratiquer tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident et toute intervention chirurgicale rendue nécessaire.

Nom et prénom :

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