

PISCINE INTERCOMMUNALE DU NÉRON

**AQUADOUCE 2026-2027**

NOM			
Prénom			
Adresse mail			
N° de téléphone			
Période choisi	Période 1	Période 2	Période 3
Jour choisi	Lundi 16h15-17h	Mardi 16h15-17h	Vendredi 16h15-17h

- Je certifie ne pas avoir de contre-indications médicales à la pratique de l'activité aquadouce
- Je certifie avoir pris connaissance des modalités d'inscription à l'activité aquadouce
- Je certifie avoir pris connaissance des documents demandés pour l'inscription à l'activité aquadouce

**Documents**

Certificat médical original en cours de validité de non contre-indication à la pratique de l'activité	
Pièce d'identité	

Date		Signature		Agent	
------	--	-----------	--	-------	--