

PISCINE INTERCOMMUNALE DU NÉRON

**PASS AQUAFORME**

NOM	
Prénom	

Adresse mail	
N° de téléphone	

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

**Documents**

Certificat médical original en cours de validité de non contre-indication à la pratique de l'activité	
Pièce d'identité + photo, ou carte piscine	
CGA (Condition Générales d'Abonnement) signée	

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