

PISCINE INTERCOMMUNALE DU NÉRON

CARTE 10 SEANCES AQUAFITNESS

NOM	
Prénom	

Adresse mail	
N° de téléphone	

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

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	

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