

Jardin aquatique

Créneau horaire souhaité
(dans la mesure des places disponibles)

NOM de l'enfant

PRENOM de l'enfant

NOM père mère tuteur

PRENOM

ADRESSE

EMAIL

CODE POSTAL

VILLE

Date de naissance de l'enfant

Nombre de mois

Sexe féminin masculin

Personne à prévenir en cas d'accident

Téléphone domicile

Téléphone portable

Je certifie que mon enfant est couvert par mon assurance individuelle contre les risques d'accidents.

J'autorise l'équipe d'encadrement à faire transporter mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus proche en cas d'accident.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement aquatique.

DATE

Signature avec mention "Lu et approuvé"