

Autorisation d'accès aux cours d'Aquabiking
Saison 2019/ 2020



Pédaler dans l'eau pour soigner
votre mental et votre corps.

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Rue

Ville.....Code postal:.....

Numéro de Téléphone :/ /..... /..... /.....

Adresse Mail :(en majuscules)

.....

.

Renonce au recours envers Francis DODU en cas de problèmes de santé sur ma personne lors de la pratique des cours d'Aquabiking.

Je reconnais avoir pris connaissance qu'un certificat médical de moins d'un an est obligatoire pour la pratique de cette discipline. Ce certificat est exigé dans un délai d'un mois après le début de l'activité. En cas d'absence de ce document, l'accès au cours sera refusé.

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement d'accès au cours et accepte de les respecter.

Date :

Signature (avec mention "lu et approuvé") :