

**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") :