



# Inscription J'apprends à Nager

(Enfants 6-12 ans né en 2013- 2019)



Site : Piscine d'Offard  
Organisateur : Club Saumur Natation

## RENSEIGNEMENTS NAGEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe (M / F) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Vous Habitez :  En zone rurale  En zone urbaine  En quartier prioritaire  En zone de revitalisation rurale

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

### Responsable Légal :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Comment avez vous eu l'information de ce dispositif ? \_\_\_\_\_

## COCHER LES CASES

- J'autorise les dirigeants et/ou entraîneurs à prendre toutes mesures utiles en cas d'urgence
- J'autorise la publication de photos/vidéos sur lesquelles figure moi-même ou mon enfant dans le cadre des activités de Saumur Natation sur tous supports liés à Saumur Natation
- [Pièces à Fournir](#)
- FFN** Feuille de Renseignements et Assurance 2024/2025 + Questionnaire de santé signé
- Certificat Médical** de non contre indication à la pratique de la natation **si une réponse Oui a été cochée** au questionnaire de santé

Cocher 1 case dans les tableaux la semaine où votre enfant sera présent pour 10 cours.  
L'inscription sera effective seulement après validation par un membre de Saumur Natation.

du 10 au 14 février 2025

**Semaine**  
du 10 au 14 février  
10 cours

**10h-11h et 15h00-16h00**  
du lundi au vendredi



Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature Responsable Légal