



# AQUAPHOBIE

- Inscription -

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Tél. domicile :

Portable :           Professionnel :

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Je certifie sur l'honneur être apte physiquement  
à la pratique de la natation et je remets un certificat médical.**

Date :

Signature :