****

**NOM :**

**Prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Mail :**

Taille vestimentaire :

Groupe sanguin :

Médecin traitant : Téléphone :

A prévenir en cas d’accident : Téléphone :

Immatriculation et marque du véhicule :

Autorisation de diffusion d’image : oui non

Souhaite participer aux compétitions : oui non

**ATTESTATION NATATION (OBLIGATOIRE A REMPLIR)**

Je soussigné(e),

atteste savoir nager 25 mètres et être capable de m’immerger.

Date : Signature :