

## Dossier Inscription Aquagym

Les cours d'aquagym sont proposés à la piscine municipale de Bazas, le mercredi de 19h à 20h de Juin à Septembre 2024.

Pour participer à cette activité, il est obligatoire de retourner le dossier d'inscription complet directement à la piscine municipale.

**NOM Prénom** : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

Courriel : .....

*Un numéro de téléphone et une adresse mail nous permettent de vous contacter pour vous communiquer les informations éventuelles telles qu'absence de l'animateur, indisponibilité de la piscine...*

**TARIF** : 6€/séance, payables directement sur place auprès du régisseur de la piscine, en numéraire, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public ou bien par CB.

### **PIECES A FOURNIR** :

- attestation d'assurance de responsabilité civile

### **CONDITIONS GENERALES** :

- Le tarif est valable pour une séance uniquement.
- Le nombre de créneaux proposés sera maintenu sous réserve d'un nombre suffisant de participants.
- Pour des raisons d'hygiène et afin de maintenir la qualité de l'eau des bassins, nous vous rappelons que la douche est obligatoire avant la séance.
- L'inscription aux séances d'aquagym suppose l'acceptation du règlement intérieur de la piscine de Bazas.

Je donne mon consentement à la reproduction et à la diffusion de mon image pour la réalisation de documents destinés à la promotion des activités ou d'articles sur le bulletin municipal.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare l'approuver.

Fait à ..... le .....

Signature précédée de la mention  
« lu et approuvé »

## **EN CAS D'URGENCE**

**En mon absence**, la personne à contacter est :

Mme/M. : .....

Prénom : .....

Lien : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. portable : .....

Tél. domicile : .....

Tél. professionnel : ..... courriel : .....

## **AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX**

« Je soussigné(e) ....., autorise les secours à donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou toute autre infection grave, après consultation d'un praticien :

Date de naissance : .....

Maladies et allergies à signaler : .....

.....

Date : .....

Lieu : .....

Signature