LES OTARIES
asbl
ECOLE DE NATATION - ENGHIEN

Doit nous être remis lors du premier cours

Coordonnées du membre:

Nom:

Prénom:

Lieu et date de naissance:

Adresse:

À compléter par le médecin:

Je soussigné, ... Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement ce jour, la personne dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, et déclare:

L'avoir reconnu APTE - INAPTE *
L'avoir reconnu APTE, avec restrictions*
.....
.....
.....

à suivre les cours de natation à l'école de natation "Les Otaries" pour la saison septembre 2026 - juin 2027.

(* biffer la mention inutile)

Date **Cachet et signature du médecin**