

## **NOM DU NAGEUR :**

### **Prénom :**

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse de l'enfant :

---

Mère : Nom prénom et adresse (si différente de l'enfant):

Téléphone :

Téléphone portable :

Adresse Email :

Père : Nom, prénom et adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone :

Téléphone portable :

Adresse Email :

---

Avez-vous déjà nagé dans un club ?

Si oui, nom et adresse de l'ancien club

Pratiquez vous une autre activité. (Si oui, laquelle ?)

---

**ATTESTATIONS (à remplir par les parents)**

Je soussigné(e) mère ou père de l'enfant

Né(e) le , demeurant à :

N° de portable :

N° de téléphone de la personne responsable :

N° Sécurité sociale :

Adresse de votre caisse de sécurité sociale :

Date des dernières vaccinations Anti-tétanique :

Certifie autoriser le chirurgien à pratiquer sur mon enfant, l'intervention qu'il jugera nécessaire et urgente. Je m'engage à rembourser le club pour les frais engagés.

A Rueil Malmaison le :

Signature du père ou de la mère

---

Je soussigné(e) mère ou père de l'enfant

Autorise le Rueil Athletic club de natation à diffuser des photos de mon enfant sur le site Internet du club

Fait à Rueil le

Signature du père ou de la mère.