



Accompagnants Bébé Nageur

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Lien avec l'enfant : Mère Père Lien avec l'enfant : Mère Père

Autre : Autre :

NOM : NOM :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : / / Date de naissance : / /

Adresse : Adresse :

.....

CP : CP :

Ville : Ville :

Fixe : Fixe :

Mobil : Mobil :

Date : Date :

Signature :

Signature :



Certificat médical

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné l'enfant :

NOM :

Prénom :

Et à ce jour :

Il est apte à la pratique de l'activité « Bébés Nageurs ».

Il ne présente aucune infection contagieuse.

Sa vaccination est à jour.

Le certificat doit être impérativement remis avant la première séance.

Fait à :

Le : / /

Signature et cachet du médecin :