**Clockids SPA AinBenian**

**Piscine Jacuzzi Sauna Hammam**

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur:.....

Adresse: .....

Certifie avoir examiné ce jour: .....

Nom: Prénom: Né(e) le: ..... /...../.....à:.....

, et n'avoir constaté aucune contre-indication à pratiquer la natation.

Fait à: .....le: ...../...../2021.

**Signature et cachet du médecin**

---

## AUTORISATION PATERNELLE

Je soussigné (Nom et Prénom du tuteur légal): .....

N° de téléphone : .....Né(e) le: ..... /...../.....à:.....

Autorise mon enfant: Né(e) le: ..... /...../..... à: .....

à pratiquer la natation au sein CLOCKIDS PALACE pour la saison 2021/2022

Fait à: ..... le: ...../...../.....

**(Signature du tuteur légal)** **Légalisation**

**NB:**

**Dossier à fournir :** 01 photo / Extrait de naissance / photo copie pièce d'identité parent

- **Les dossiers incomplets ne seront pas retenus par la direction.**
- **Le nombre d'athlètes est limité.**