



SAISON 2024-2025

ACTIVITES CHOISIE(S)

Nom : _____ **Prénom :** _____

Sexe H F **autre** _____ Date de naissance _____

Lieu de naissance _____ Département de naissance _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Courriel : _____

Courriel Complémentaire : _____

Tel Mobile : Autre : _____

Tel Fixe : Autre : _____

Votre agglomération : _____

ECOLE DE NATATION

Niveau	
Jour:heure	
Avenir	

NATATION COURSE

Pôle Jean Monnet	
Jeunes	
Compétition	

NATATION LOISIRS

Loisir Collège	
Loisir Lycée	
Loisir Adultes	
Masters	
Eau Libre	
AQUAGYM	
AQUATONIC	
HAND'NATATION	
PARA NAT ADPTEE Loisirs	
PARA NAT ADAPTEE COMPE	
AVIRON	
Adultes	

Pour les mineurs

Etablissement scolaire : _____

Nom du Père : _____ Tel : _____

Profession : _____

Nom de la mère : _____ Tel : _____

Profession : _____

Autre personne à prévenir : _____

Nom : _____ Tel : _____

Lien : _____

Pièces obligatoires à fournir à l'inscription. (un dossier incomplet n'est pas validé)

Certificat médical oui - non Questionnaire santé : oui non

Droit à l'image : oui-non / Réseaux sociaux : oui - non / 2 Timbres : oui non

Règlement adhésion et cotisation (2 chèques distincts Adhésion & cotisation)	montant	CH/CB/ BANQUE
Chèque ADHESION		
Chèque COTISATION 1		
Chèque COTISATION 2		
Chèque COTISATION		
Espèces		
Cheques vacances		
Chéquier collégien		
Pass'Sport		
MSA		

PLONGEE

Adultes	
Jeunes	
Nage avec Palmes	
Apnée/Tir sur cible	

TRIATHLON

Adultes +18ans	
Jeunes	

SAUVETAGE NAUTIQUE

SPORT SANTE

AquaSanté

Salle

FORMATION BNSSA	
COMITE DIRECTEUR	
ENCADREMENT/ENTRAINEUR	
OFFICIEL/CHRONO/ARBITRE	
ACTIVITE SUP.	

Je ne souhaite pas recevoir la lettre infos du CSN

Je ne souhaite pas qu'apparaisse ma photo sur les supports du CSN

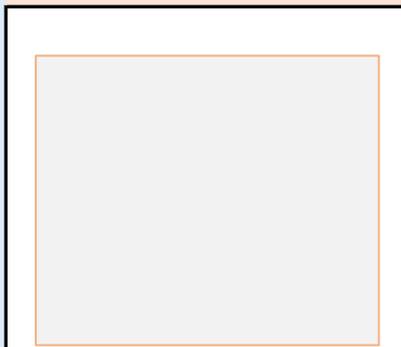
Je soussigné(e) _____

Je certifie exact les renseignements mentionnés sur cette fiche d'inscription.

J'autorise mon enfant à adhérer au CSN, à participer aux séances d'entraînements et m'engage à répondre favorablement aux convocations qui lui seront adressées pour prendre part à des épreuves officielles ou compétitions.

Je confirme avoir bien pris connaissances des statuts et règlements intérieurs du CSN et m'engage à les respecter.

En cas d'accident, j'autorise le responsable du groupe à prendre sur avis médical toutes les mesures d'urgence concernant mon enfant.



Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour finalités du traitement assuré par le CSN

Date _____

Signature de l'adhérent ou de son responsable légal pour un mineur.

Groupe _____

Jour/ _____

heure _____

Jour/heure _____