

BULLETIN D'ADHESION

Activité nautique ☐ Kayak ☐ Marche Aquatique Côtière

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

E-Mail : _____

Adresse 1 _____

Adresse 2 _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél Fixe : _____

Tél Mobile : _____

☐ Je certifie savoir nager 25 mètres

☐ Je certifie avoir pris connaissance des recommandations de santé de la FFRS, atteste que mon état de santé me permet la pratique de(s) l'activité(s) choisie(s) et m'engage à consulter un médecin en cas de doute ou de modification de mon état de santé (voir https://www.formulaires.service-public.gouv.fr/gf/cerfa_15699_01.do)

DATE ____/____/____

SIGNATURE : _____