



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**NOM :**

**Prénom :**

**COORDONNEES :**

Numéro et rue :

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tel Portable : .....

Tel Fixe : .....

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

E-mail : .....

Information importante : ( handicap, allergie, .... )

.....  
.....  
.....

J'accepte l'utilisation de mon image

Oui

Non

( diffusée principalement sur le site internet : <http://gravelinesusaviron.com> et sur la page facebook avifit gravelines)

Fait à ..... Le .....

Signature :



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Mme, Mlle \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Et n'avoir trouvé aucune contre-indication à la pratique sportive de l'AviFit (Aviron Fitness)

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Signature + Tampon obligatoire