



Biscarrosse Olympique  
Natation

Mail : [cnbo40@yahoo.fr](mailto:cnbo40@yahoo.fr)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

SAISON 2023/2024

(A compléter par les membres du bureau)

Certificat médical OUI NON

## REMISE EN FORME ADULTES

Êtes-vous adhérent au CBON dans une autre discipline : OUI NON

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

**Nous vous rappelons que l'accès au bassin ne sera autorisé que sur présentation du certificat médical.**

Nom du médecin traitant : .....

Tél : .....

Est-ce que vous avez un souci de santé particulier qui mérite d'être signalé aux entraîneurs ?  
(asthme, ...) nécessitant une attention particulière au cours de la pratique du sport.

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

### **Mode de paiement :**

Date	Montant	Mode Paiement	Numéro Chèque