

CLUB NAUTIQUE THOUARSAIS – SAISON 2024-2025

PRÉPARATION AU BNSSA

NOM du nageur : _____ PRENOM : _____

Pour les mineurs, NOM & Prénom du responsable : _____

Adresse : _____

Code postal : / _____ / Ville : _____

Téléphone : / ____ - ____ - ____ - ____ / Portable : / ____ - ____ - ____ - ____ /

E-mail : _____ @ _____

Sexe : M F Date de naissance : / ____ / ____ / ____ / Lieu : _____

Important : Sans correction, vous devez avoir une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément. Avec correction, soit votre acuité visuelle est de 10/10 pour un œil quelle que soit la valeur de l'autre œil corrigé (> 1/10) ; soit votre acuité visuelle est de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque œil corrigé avec un œil corrigé au moins à 8/10.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement du club et je m'engage à en suivre les recommandations.

(1) J'accepte que des photos et vidéos soient prises pendant les activités et exposées ou diffusées.

Date : ____ / ____ / ____

Signature

(1) Rayez la mention inutile