



RELAIS DU CENTENAIRE

Samedi 2 novembre 2024

CENTRE NAUTIQUE ROBERT SAUTIN

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Je valide les points suivants

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| • Je ne suis pas licencié FFN                                      | OUI | NON |
| • Je suis capable de nager 50 m                                    | OUI | NON |
| • Je réponds non à toutes les cases du questionnaire santé fédéral | OUI | NON |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du signataire

A Oyonnax le

signature