



Biscarrosse Olympique
Natation

Mail : cnbo40@yahoo.fr

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

SAISON 2025/2026

(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