

# COURS TRAMPO 2023/2024

**NOM - PRÉNOM**



## INFORMATIONS CLIENT

Date de naissance :

Téléphone 1 :

Adresse :

Téléphone 2 :

Email :

**PERIODE :**

**T1 : 06/09 - 09/12**

**T2 : 14/12 - 05/04**

**T3 : 08/04 - 05/07**

**CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE AVEC LA  
MENTION "PRATIQUE DU TRAMPOLINE"**

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

**JE SOUSSIGNÉ(E) :**

**PARENT OU TUTEUR LÉGAL DE :**

- **AUTORISE À EFFECTUER LES COURS DE TRAMPOLINE AU SEIN DE LA STRUCTURE REBOUND WORLD**
- **AUTORISE LE DROIT À L'IMAGE EN CAS DE PHOTOGRAPHIE, OU FILM**
- **CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONSIGNES DE SÉCURITÉ ET LES CGU ET M'ENGAGE À LES RESPECTER.**

**JE CERTIFIE CONFORME LES INFORMATIONS CI - DESSUS.**

**DATE ET SIGNATURE :**

