
ECOLE DE VOILE DU PAYS DE MONTBELIARD

Rue du Pâquis 25600 BROGNARD 03 81 31 84 70

Etablissement _____

Adresse _____

Téléphone _____

Nom du responsable du groupe _____

Nature du groupe _____ Effectif _____

Nombre de séances prévues _____ Support _____

Période/jour de
pratique _____

J'atteste en tant que responsable de ce groupe, **avoir pris connaissance du règlement intérieur** de l'école de voile ; **je m'engage à en informer** les participants et à le faire respecter.

Fait le à

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Facture n° _____ Etablie le : _____ Montant : _____

Etablissement :

Adresse :

Nom du responsable du groupe :

| | NOM Prénom | Chute arrière | Parcours de 20m | Sous la ligne d'eau | Signes de panique | Résultat |
|----|-------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

Certifie avoir effectué les tests selon les conditions précisées dans la circulaire n° 2000-075 du 31.05.2000
Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche n° 22 du 08.06.2000

NOM Prénom :

Signature