**A**ssociation pour le **D**éveloppement des **A**ctivités **P**hysiques à l'**A**ge de la **R**etraite
**Secteur de la Combe de Savoie**
*Maison des Associations, Boîte G2*
*67, rue Saint-François de Sales*
*73000 Chambéry*
☎ *04 79 33 68 52* ***E-mail :*** *adapar.cds@wanadoo.fr*
***Site internet :*** https://www.adapar.fr/combe-de-savoie/

# ACTIVITE **AVIRON**

## Bulletin d'inscription
## Session Automne 2020

NOM : ……
Prénom : ……..
N° licence : ……
Téléphone : ……
Email : ……

Souhaite participer à la session Aviron de l'Automne 2020 ☐
**du mercredi 9 Septembre au mercredi 14 octobre 2020**

Participera aux séances suivantes :

| **Aviron Le Bourget du Lac** | | |
|---|---|---|
| **du 09 Septembre au 14 octobre 2020** | | |
| **Mercredi 09h30 -11h30** | | **Présent** |
| Séance n° 1 | **mercredi 9 septembre 2020** | |
| Séance n° 2 | **mercredi 16 septembre 2020** | |
| Séance n° 3 | **mercredi 23 septembre 2020** | |
| Séance n° 4 | **mercredi 30 septembre 2020** | |
| Séance n° 5 | **mercredi 7 octobre 2020** | |
| Séance n° 6 | **mercredi 14 octobre 2020** | |
| **6** séances | | |

Atteste savoir nager ☐

Je soussigné(e) .....atteste ma capacité à savoir nager 25m départ et à m'immerger.

Fait à ……..
Date…….....

Signature