

# TEST INITIAL ÉCOLE DE NATATION

Partie à remplir par les parents de l'enfant

Nom :

Prénom :

Ville de résidence :

Téléphone :

Mail :

Sexe :

Date de naissance :

Problèmes médicaux

Partie réservée au MNS lors du test (ne rien inscrire)

Date :

MNS :

L'enfant effectue un déplacement sur +/- 12 m en brasse (jambes maîtrisées parfaitement) au grand bassin sans matériel ?

Oui	
Non	



Confirmés



Débutants

Signature du MNS :