



RAPPELS : 20 personnes MAXIMUM
Responsable de séance : MEF1 ou équivalent

Club: _____

Date: ___ / ___ / _____ Créneau : _____

Responsable de séance :

Nom : _____ Prénom : _____ Niveau : _____

ENCADRANTS-TES			
NOMS	Prénoms	Niveaux	Allergie Aspirine
1			
2			
3			
4			
5			
6			

APNEISTES			
NOMS	Prénoms	Niveaux	Allergie Aspirine
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

OBSERVATIONS: