

- ☐ Chrono
 ☐ Résa-Encaissement
 ☐ Classeur
- ☐ Lien hypertexte
 ☐ **Facture**

Cadre réservé au Centre Aquatique

Carte piscine : ☐ OK ☐ À créer

Règlement : ☐ Trimestre 1 2 3 ☐ Année

- ☐ Espèces
 ☐ Chèque
 ☐ CB
 ☐ ANCV
 ☐ Coupons sport
- ☐ Prélèvement
 ☐ RIB+SEPA déjà fourni
 ☐ Chèque UP

Date :

Agent :

Dossier d'inscription

Adulte

PHOTO
IDENTITÉ

USAGER

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Tel : _____ Date de naissance : _____

Mail ([en majuscules](#)) : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Téléphone : _____

J'autorise le Centre Aquatique à m'envoyer des informations importantes par mail
J'autorise le Centre Aquatique à encaisser mon abonnement en mon absence

Cadre réservé au Centre Aquatique

ADULTES

Activités aquatiques			Natation		
	Jour	Heure		Jour	Heure
Aquaform			Aqua-confiance		
Aquagym			Initiation		
Aquatonic			Perfectionnement		
Circuit training			Entraînement		
Aquabike			<u>Observations :</u>		
Aquatrampo					
Bike mix					



Centre Aquatique du Pays des Achards

Rue de Bibrou
85150 Les Achards

NOUS CONTACTER

02 51 38 64 64
centre.aquatique@cc-paysdesachards.fr
www.centreaquatique.cc-paysdesachards.fr

Centre Aquatique du Pays des Achards

Questionnaire de santé

pour les majeurs en vue de l'obtention ou du renouvellement
d'une inscription dans un établissement sportif

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et dé-sensibilisation aux allergies) ?		
À CE JOUR		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou de raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.....) survenu durant les 12 derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

NB* : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité

Je soussigné(e) M./Mme certifie avoir consulté mon médecin traitant, lequel me déclare apte à la pratique d'activités physiques aquatiques.

RAPPELS

- * Toute absence doit être **impérativement** signalée.
- * Tout arrêt doit être justifié par certificat médical dès que possible.
- * Compensation à déterminer et à régulariser dans les 2 mois de la date de reprise (hors convenance personnelle). **PAS DE REMBOURSEMENT**
- * Les parents sont responsables de leur enfant dans les vestiaires et les douches avant et après les séances.
- * Les enfants mineurs ne sont pas acceptés à l'accueil s'ils ne sont pas accompagnés d'au moins 1 adulte.
- * Toute carte piscine perdue sera facturée 5€.

Mentions relatives à la collecte et au traitement des données

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Président de la Communauté de Communes du Pays des Achards pour le bon fonctionnement du service. La base légale du traitement est le consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le Centre Aquatique du Pays des Achards.

Les données sont conservées 2 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du consentement au traitement de vos données ; vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse électronique suivante : dpo@cc-paysdesachards.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, nous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Signature :