

Cadre réservé au Centre Aquatique

Chrono

Résa-Encaissement

Classeur

Lien hypertexte

**Facture**

# Dossier d'inscription

## Enfant

PHOTO  
IDENTITÉ

### 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](http://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](mailto: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 :

### USAGER

Civilité : Madame Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail (en majuscules) : \_\_\_\_\_

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**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

### ENFANTS

#### Natation

|                  | Jour | Heure |                  | Jour | Heure |
|------------------|------|-------|------------------|------|-------|
| Bébés nageurs    |      |       | Initiation       |      |       |
|                  |      |       | 1 2 3            |      |       |
|                  |      |       |                  |      |       |
| Jardin aquatique | 4    |       | Perfectionnement |      |       |
|                  | 5    |       | Entraînement     |      |       |

### Observations :

|                 |                      |                                    |
|-----------------|----------------------|------------------------------------|
| Carte piscine : | OK                   | À créer                            |
| Règlement :     | Trimestre            | 1 2 3 Année                        |
| Espèces         | Chèque               | CB ANCV Coupons sport              |
| Prélèvement     | RIB+SEPA déjà fourni | <input type="checkbox"/> Chèque UP |

Date :

Agent :



### Centre Aquatique du Pays des Achards

Rue de Bibrou  
85150 Les Achards

### NOUS CONTACTER

02 51 38 64 64  
[centre.aquatique@cc-paysdesachards.fr](mailto:centre.aquatique@cc-paysdesachards.fr)  
[www.centreaquatique.cc-paysdesachards.fr](http://www.centreaquatique.cc-paysdesachards.fr)

Centre Aquatique du Pays des Achards

# Questionnaire de santé

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

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es :      une fille      un garçon

Ton âge : \_\_\_\_ ans

| DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE                                                                                        | OUI | NON |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                      |     |     |
| As-tu été opéré (e) ?                                                                                          |     |     |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                             |     |     |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                              |     |     |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                |     |     |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                             |     |     |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un momentmoment une séance de sport ? |     |     |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                               |     |     |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                          |     |     |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?                               |     |     |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                              |     |     |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                 |     |     |
| DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)                                                                   | OUI | NON |
| Te sens-tu très fatigué (e)?                                                                                   |     |     |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                            |     |     |
| Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?                                                           |     |     |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                 |     |     |

| Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                           |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                 |     |     |
| AUJOURD'HUI                                                                                                                                                                                                         | OUI | NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                           |     |     |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                |     |     |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                   |     |     |
| QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS                                                                                                                                                                           | OUI | NON |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                                         |     |     |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                |     |     |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans) |     |     |

Je soussigné(e) M./Mme ..... père / mère /  
responsable légal de ..... certifie avoir consulté mon  
médecin traitant, lequel déclare mon enfant 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€.

Signature :