|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**FICHE D’INSCRIPTION : COURS DE NATATION 2023/2024**

Nom :..........................................Indiquez ci-dessous les personnes à prévenir en cas d’urgence

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Prénom:.........................................

Né(e) le : ......./......./……..

Adresse :…………………………………………………..

CP/Ville : ………………………………………………….

Téléphone :……………………………………………….

Mail :…………………………………………………………

**Cadre réservé à l’administration**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MARDI** | **MERCREDI** | **VENDREDI** |
| **17H45 Enf Niv 2 :**  | **9h15 Enf Niv 1 :**  | **17H30 Fam 5-6 ans :**  |
| **18H30 Adulte perf :** | **10H Fam 5-6 ans** | **18H15 Adulte Niv 1 :**  |
|  | **14H15 Fam Niv 1 : et Niv 2 :**  |
| **15H00 Fam 5-6 ans : et Niv 3 :** |
| **16h15 5-6 ans: Niv 1: Niv 2 : Niv 3 :** |
| **17H25 Adulte Niv 1 :**  |
| **STAGES** |
| **Automne** *Sem1 : Sem2 :*  | **Hiver** *Sem1 : Sem2 :* | **Printemps***Sem1 : Sem2 :* |
|   | **Eté***:*  |   |

**PIECES A FOURNIR**

 Un questionnaire de santé

 Un justificatif de domiciliation à la Madeleine **Madeleinois** **Extérieur** 

**Il est vivement recommandé** de souscrire une assurance individuelle accident ainsi que responsabilité civile.

**AUTORISATION OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE LEGAL**

**Veuillez noter que les enfants sont sous la responsabilité du personnel de la piscine uniquement pendant le cours.**

Je soussigné..............................................................responsable légal de

…………………………………………………………………. atteste avoir pris connaissance de l’information générale, du règlement de la piscine et celui des animations.

\*L'accès aux cours de natation est conditionné par le paiement préalable de l’ensemble des séances de la période au tarif « cours de natation ». Les entrées sont valables **3 MOIS**.

\*Toutes les réinscriptions aux cours de natation doivent être validées par un maître-nageur. Celles-ci ont lieu **7 à** **15 jours avant la fin du trimestre.**

**Attestation Questionnaire de santé.**

A remettre lors de l’inscription aux activités sportives

Je soussigné M/Mme …………………………………………………………………

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé.

# Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme ……………………………………………………., en ma qualité de représentant légal de ………………………………………………………………………..

atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire de santé et a répondu **PAR LA NEGATIVE** à l’ensemble des rubriques.

# Questionnaire : (entourez la bonne réponse)

-Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-Avez-vous eu un épisode respiration sifflante (asthme) au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-Avez-vous eu une perte de connaissance au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-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 au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

-À ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? Oui Non

-À ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médial pour poursuivre votre pratique sportive ? Oui Non

**Si vous avez répondu oui à l’une des questions, vous devez nous fournir un certificat médical.**

**Règlement Général de Protection des Données**

 **J'accepte la politique de confidentialité**

**https://www.ville-lamadeleine.fr/politique-de-confidentialite**

**Les données personnelles collectées par le biais de ce formulaire sont destinées à être transmises aux agents des services municipaux chargés d’enregistrer, de prendre en compte et de répondre à votre remarque ou demande**

## DATE : le---------------------------- 20....... SIGNATURE :

**ATTENTION : Seul un dossier complet permettra l’accès aux activités.**