

Chrono

Résa-

Encaissement

Classeur

CM scanné

Lien hypertexte

## Cadre réservé au centre aquatique

Carte Guidéoz : ☐ OK ☐ à créer

Certificat Médical : ☐ OK ☐ Déjà fourni ☐ Questionnaire

Règlement : ☐ Trimestre ☐ Année  
1 2 3

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

Date : Agent :



Centre Aquatique du Pays des Achards  
Rue de Bibrou  
La Mothe-Achard  
85150 Les Achards  
tel : 02.51.38.64.64  
@: centre.aquatique@cc-paysdesachards.fr

# Dossier d'inscription ADULTE

**USAGER :** Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Tel : \_\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_\_

Mail (MAJUSCULE) : \_\_\_\_\_

☐ 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

☐ **Facture**

## Cadre réservé au Centre Aquatique

### ADULTES

#### ACTIVITES AQUATIQUES

#### NATATION

|                  | Jour | Heure |                       | Jour | Heure |
|------------------|------|-------|-----------------------|------|-------|
| Aquaform         |      |       | Aquaphobie            |      |       |
| Aquagym          |      |       | Initiation            |      |       |
| Aquatonic        |      |       | Perfectionnement      |      |       |
| Circuit Training |      |       | Entrainement          |      |       |
| Aquabike         |      |       | <b>Observations :</b> |      |       |
| Aquatrampo       |      |       |                       |      |       |

## **Questionnaire de santé pour les majeurs en vue de renouvellement d'une inscription dans un établissement sportif.**

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*                                                                           | OUI | NON |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                             |     |     |
| 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 désensibilisation aux allergies) ?               |     |     |

|                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                       |  |  |
| 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 ?                                                                                                                                   |  |  |
| <b>NB* : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</b>                                                                                                                                             |  |  |

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>                                  |
| Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. |