



PISCINE PLEIN CIEL
02 35 27 76 33

Service Action Sociale
02 27 30 11 13



SAISON 2019-2020
www.campagne-de-caux.fr

Nom : Date de Naissance :

Prénom : Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Fixe : Tél. Port :

E-Mail :

Abonnement Activité Aaquatique Adulte

1 activité **Aquagym Douce** Périodique : P1 P2 P3 P4 P5 P6

2 activités **Aquagym Tonique** Semestriel : S1 S2

illimité **Aquaforme** Annuel (sept-juin) : A1

AquaTraining Annuel (sept-août) : A2

Description des périodes dans les modalités d'inscription des activités aquatiques

Cours de natation Enfants & Adultes

Abonnement 6 séances **Enfant** **Adulte**

Activité de familiarisation et de natation

Abonnement 6 séances **Aquacostauds**

Abonnement annuel

cocher la formule souhaitée ainsi que l(es) activités et les périodes correspondantes

Horaire(s) d'activité

Lundi	12h15 <input type="checkbox"/>	16h00 <input type="checkbox"/>	17h15 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	19h00 <input type="checkbox"/>				
Mardi	12h15 <input type="checkbox"/>	16h00 <input type="checkbox"/>							
Mercredi	09h15 <input type="checkbox"/>	10h00 <input type="checkbox"/>	10h30 <input type="checkbox"/>	11h15 <input type="checkbox"/>	15h00 <input type="checkbox"/>	16h00 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	
Jeudi	12h15 <input type="checkbox"/>	17h00 <input type="checkbox"/>	19h00 <input type="checkbox"/>						
Vendredi	16h00 <input type="checkbox"/>	17h15 <input type="checkbox"/>	18h00 <input type="checkbox"/>	19h00 <input type="checkbox"/>					
Samedi	09h00 <input type="checkbox"/>	10h00 <input type="checkbox"/>	10h30 <input type="checkbox"/>	11h15 <input type="checkbox"/>					

cocher le/les créneau(x) souhaité(s) fonction de la formule souhaitée

Certificat Médical à compléter par votre médecin

Je soussigné, certifie que M

Est apte et ne présente aucune contre-indication à la pratique de Cours de natation

Activité aquatique adulte

Cachet et Signature du medecin :

Date : Le

Certificat médical obligatoire conformément aux articles L231-2, 2-1, 2-2 et L231-3 du code du sport

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, des conditions d'inscription et d'organisation de la Piscine Plein Ciel et déclare y souscrire sans réserve.

Signature de l'adhérent :

QUESTIONNAIRE DE SANTE
Arrêté du 20 avril 2017

Le décret du 26 août 2016 fixe les conditions de renouvellement de la licence sportive et énumère les disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières pour lesquelles un examen médical spécifique est requis. Il prévoit que la présentation d'un certificat médical est exigée lors de la demande d'une licence ainsi que lors d'un renouvellement de licence tous les trois ans. A compter du 1er juillet 2017, les sportifs devront remplir, dans l'intervalle de ces trois ans, un questionnaire de santé dont le contenu sera arrêté par le ministre chargé des sports.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour :		
7) 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.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.</u>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Je soussigné Mr, Mme déclare les informations déclinées ci-dessus exactes.

Le Signature de l'adhérent

à