

- ☐ Nouvelle inscription  
☐ Renouvellement

Les zones précédées d'un astérisque \* sont obligatoires.

## CADRE 1 ADHÉRENT

|                      |                   |                                                       |
|----------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|
| * NOM                | * PRÉNOM          | * SEXE                                                |
|                      |                   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| * DATE DE NAISSANCE  | LIEU DE NAISSANCE | RESPONSABLE LÉGAL (SI DIFFÉRENT)                      |
| ____ / ____ / ____   | _____             | _____                                                 |
| ADRESSE              |                   |                                                       |
| _____                |                   |                                                       |
| * CODE POSTAL        | * COMMUNE         | TÉLÉPHONE FIXE                                        |
| _____                | _____             | _____                                                 |
| TÉLÉPHONES PORTABLES |                   |                                                       |
| _____                |                   |                                                       |
| ADRESSE E-MAIL       |                   |                                                       |
| _____                |                   |                                                       |

Attention : vous devez également renseigner votre e-mail sur le site du Club pour recevoir les newsletters et autres informations.

## CADRE 2 \* ACTIVITÉS CHOISIES POUR LA SAISON 2026-2027

| ACTIVITÉ | JOUR ET HORAIRE |
|----------|-----------------|
| 1        | _____           |
| 2        | _____           |
| 3        | _____           |
| 4        | _____           |

## CADRE 3 QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET ASSURANCE

Répondez d'abord au questionnaire de santé, pages 3 et 4 : c'est lui qui vous dit si vous pouvez cocher la première case.

- ☐ J'atteste sur l'honneur avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé.  
☐ Je suis intéressé(e) par l'assurance supplémentaire de la MAIF.

## CADRE 4 DROIT À L'IMAGE

Ce choix est libre : le refuser ne change rien à l'inscription, et vous pourrez en changer à tout moment depuis votre espace adhérent.

- ☐ Oui, j'autorise le club à utiliser les photos prises lors des activités à des fins de promotion.  
☐ Non, je ne l'autorise pas.

## CADRE 5 ENGAGEMENT

Je soussigné(e), désire être inscrit(e) au Club Nautique du Puy-Sainte-Réparate pour la saison 2026-2027 et en accepte le règlement intérieur.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT OU DU RESPONSABLE LÉGAL

DATE

**CADRE 6**   **AUTORISATION PARENTALE****À remplir uniquement si l'adhérent est mineur au jour de l'inscription.** Adhérent majeur : laisser ce cadre vide.

Je soussigné(e), madame, monsieur \_\_\_\_\_

responsable légal de \_\_\_\_\_, pour la saison 2026-2027 :

- j'autorise sa participation aux activités du Club Nautique du Puy-Sainte-Réparate et déclare décharger le club de toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident pouvant survenir à mon enfant, soit pendant son trajet pour se rendre à la piscine, soit hors des activités sportives du club ;
- je déclare que mon enfant ne fait l'objet d'aucune contre-indication à la pratique de la natation ;
- j'autorise les dirigeants du club à prendre, en cas d'accident, toute décision concernant l'hospitalisation de mon enfant ;
- je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du club et m'engage à les respecter.

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL**

AU PUY-SAINTÉ-RÉPARADE, LE \_\_\_\_\_

**CADRE 7**   **RÉSERVÉ AU CLUB NAUTIQUE · NE RIEN INSCRIRE****MONTANT DÛ (ACTIVITÉ + ADHÉSION + LICENCE)****MONTANT PAYÉ (SI DIFFÉRENT)****BANQUE**

\_\_\_\_\_ €      \_\_\_\_\_ €      \_\_\_\_\_

**CHÈQUE 1****CHÈQUE 2****CHÈQUE 3**

\_\_\_\_\_ €      \_\_\_\_\_ €      \_\_\_\_\_ €

**AUTRES****OBSERVATIONS**

### À DÉTACHER ET À CONSERVER · NE REMETTEZ PAS CETTE FEUILLE AU CLUB

Vos réponses ne regardent que vous : le club ne les demande pas et ne les conserve pas. Vous ne rendez que le bulletin d'inscription et vous gardez le questionnaire de santé chez vous.

| QUESTION                                                                                                                                                                                                              | OUI                      | NON                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                          | <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"/> |
| 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"/> |

En fonction de vos réponses ci-dessus, remplissez le cadre 3 du bulletin d'inscription.

**Si vous répondez NON à toutes les questions**, cochez l'attestation du cadre 3 et rendez le bulletin au club. Aucun certificat médical n'est nécessaire.

**Si vous répondez OUI à au moins une question**, un certificat médical (de moins de 3 mois) sera demandé. Ne cochez pas l'attestation du cadre 3.

## À DÉTACHER ET À CONSERVER · NE REMETTEZ PAS CETTE FEUILLE AU CLUB

Vos réponses ne regardent que vous : le club ne les demande pas et ne les conserve pas. Vous ne rendez que le bulletin d'inscription et vous gardez le questionnaire de santé chez vous.

Questionnaire mineur : à remplir par le responsable légal, avec l'enfant.

| QUESTION                                                                                                      | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 As-tu été opéré(e) ?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 As-tu beaucoup grandi plus que les autres années ?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Te sens-tu très fatigué(e) ? (depuis plus de 2 semaines)                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? (depuis plus de 2 semaines)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Sens-tu que tu as moins faim, que tu manges moins ? (depuis plus de 2 semaines)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Te sens-tu triste ou inquiet(e) ? (depuis plus de 2 semaines)                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Pleures-tu plus souvent ? (depuis plus de 2 semaines)                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### À REMPLIR PAR LES PARENTS

|                                                                                                                                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22 Quelqu'un de la famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant ?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En fonction de vos réponses ci-dessus, remplissez le cadre 3 du bulletin d'inscription.

**Si vous répondez NON à toutes les questions**, cochez l'attestation du cadre 3 et rendez le bulletin au club. Aucun certificat médical n'est nécessaire.

**Si vous répondez OUI à au moins une question**, un certificat médical (de moins de 3 mois) sera demandé. Ne cochez pas l'attestation du cadre 3.