



COORDONNEES

NOM : PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE :

ADRESSE MAIL

Téléphone portable ...-...-...-...-... Fixe ...-...-...-...-...

INFORMATIONS

PERSONNE SACHANT NAGER : ☐ OUI ☐ NON

OBSERVATIONS (traitements, grossesse, maladies, asthme, allergies, a déjà pratiqué l'activité...) :
.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

NOM : Téléphone ...-...-...-...-...

NOM : Téléphone ...-...-...-...-...

- En fin de cycle, la carte est restituée à l'équipement. En cas de perte, un droit de 5.10 € sera perçu.
- Pas de séances pendant les vacances scolaires, les jours fériés et la fermeture technique.
- La direction se réserve le droit d'annuler une séance en cas de problème technique.

- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités
- ☐ J'autorise l'utilisation de mon image pour la promotion des activités aquatiques de la CAN

SIGNATURE



Le présent document ne vaut pas inscription

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

DATE D'INSCRIPTION

DOCUMENTS FOURNIS: ☐ Certificat Médical ☐ Justificatif Domicile
☐ Vaccins (bébés nageurs uniquement)

TARIF : ☐ Bleu ☐ Vert ☐ Jaune ☐ Orange Mode de paiement

☐ Le ... / ... / ... Séances Montant €

☐ Le ... / ... / ... Séances Montant €

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer votre activité

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non* :	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1/ Un membre de votre famille est-il décédé d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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 ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent à l'activité.</i>		

Je soussigné(e) M/Mme

☐

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé ci-dessus **et avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

☐

Si vous avez répondu **OUI à une ou plusieurs questions**, vous devez nous fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indications à la pratique du sport, établi auprès d'un médecin et datant de moins d'un an.

DATE :

SIGNATURE :

Les informations recueillies servent au Service des Sports de la Communauté d'Agglomération du Niortais dans le cadre des inscriptions aux activités qu'elle propose dans ses équipements aquatiques, ainsi que dans le suivi des dossiers des personnes inscrites. Elles demeurent confidentielles et accessibles uniquement au personnel du service des sports. Ces données sont enregistrées sur supports papiers et informatisés dont la sécurité est assurée selon la réglementation en vigueur. Elles sont conservées durant le délai légal autorisé.

Conformément au *Règlement Général sur la Protection des Données* (RGPD) du 27 avril 2016, vous pouvez à tout moment demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité ou la limitation des données vous concernant, ou vous opposer à leur traitement, en contactant le *Délégué à la Protection des Données* (DPD) :

● Par courrier électronique à : protectiondonneespersonnelles@agglo-niort.fr

● Par courrier : à l'attention du délégué à la protection des données, COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DU NIORTAIS - 140, rue des Équarts CS28770 79027 NIORT CEDEX

Si les démarches auprès du DPD n'aboutissent pas, une réclamation peut être introduite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.