

Un délai de traitement est nécessaire pour l'enregistrement ou la mise à jour de votre dossier. Par conséquent, il vous sera possible de commencer vos réservations 24h après le dépôt de votre dossier complet (48h le week-end). L'accès aux activités n'est donc pas possible le jour même.

**Documents à fournir :**

- ♦ Questionnaire de santé, rempli, daté, signé
- ♦ Photo d'identité
- ♦ Pièce d'identité
- ♦ Justificatif de domicile de moins de 3 mois à présenter en cas de tarif CCSR
- ♦ Badge de piscine (si vous en possédez déjà un)
- ♦ RIB (Uniquement pour les paiements par prélèvement, 2 mensualités)

**Nom et Numéro de téléphone de personnes  
à contacter en cas d'urgence :**



En savoir plus sur la gestion de vos données recueillies à partir de ce formulaire et vos droits en consultant les documents relatifs à l'accueil de l'Espace Aquasud.



Photo

# Aquagym - Aquabike

## Activités Aquatiques

### 2026 / 2027

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**CP + Ville :**

**N° Tél :**

**Adresse Mail :**

**Date de Naissance :**

☐ J'atteste avoir lu et accepté le fonctionnement et le règlement des activités Aquatiques consultables à l'accueil de l'espace Aquasud.

☐ J'autorise la prise de vue lors des cours d'activités aquatiques sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à la vie privée et ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

**Signature :**

Nom : .....

Prénom : .....



### Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical

| Répondez aux questions suivantes par <b>OUI</b> ou par <b>NON</b>                                                                                                                                                             | OUI                      | NON                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>                                                                                                                                                                                            |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille (père, mère, frère ou sœur) 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 ?                                                                                                                                                                         | <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"/> |
| <b>À CE JOUR</b>                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'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"/> |
| <b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'abonné</b>                                                                                                                                            |                          |                          |

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir, simplement attestez ci-dessous avoir répondu NON à toutes les questions.

Je soussigné Mr/Mme (Prénom Nom).....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négativité à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :