



## 1 / 6 – INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ADHÉRENT

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

Téléphone ..... E-mail .....

## CADRE RÉSERVÉ AU CLUB – NE PAS REMPLIR

Inscription contrôlée par ..... Date de l'inscription .....

## 2 / 6 – ACTIVITÉS / TARIFS (cocher l'activité et entourer l'horaire choisi)

**Natation Adultes** (170 € en activité principale ou 40 € en activité supplémentaire – jusqu'à 2 séances par semaine)

> Lundi 20h15 - 21h30      > Mardi 20h15 - 21h30      > Jeudi 20h15 - 21h30      > Vendredi 11h45 - 12h45

Participation à la compétition       oui       non (en cas de réponse positive, certificat médical à fournir et cotisation de licence FFN à régler)

**Aquagym** (170 € en activité principale ou 40 € en activité supplémentaire – jusqu'à 2 séances par semaine)

> Lundi 19h30 - 20h15      > Mardi 12h00 - 12h45      > Mardi 12h45 - 13h30      > Mardi 19h30 - 20h15

> Jeudi 12h00 - 12h45      > Jeudi 19h30 - 20h15      > Vendredi 12h45 - 13h30      > Vendredi 19h30 - 20h15

**Aquaphobie** (170 € en activité principale ou 40 € en activité supplémentaire)

> Jeudi 12h45 - 13h45

## 3 / 6 – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ADULTES +18 ANS (voir page suivante)

Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu **NON** à toutes les questions du QS sports -Majeur dont le contenu est précisé à l'Annexe II 23 article A231-3 du code du sport.  
Cocher la case  sinon un certificat médical sera à fournir.

## 4 / 6 – DROIT À L'IMAGE

(J'autorise / Je n'autorise pas – écrivez la mention de votre choix) ..... le CHAN à utiliser les photos prises durant les activités du club sur lesquelles je figure pour illustrer des publications dans la presse ou sur le web et les réseaux sociaux.

## CADRE RÉSERVÉ AU CLUB – NE PAS REMPLIR

## 5 / 6 – COTISATIONS (un règlement par activité et par adhérent)

**Etudiants/chômeur** (sur présentation d'un justificatif récent) 100€

Cotisation activité principale : .....€      activité : .....

Cotisation(s) activité(s) supplémentaire(s) : + .....€      activité(s) : .....

Réduction Foyer 2<sup>e</sup> adhésion :       - 25 €      nom 1<sup>er</sup> adhérent : .....

Réduction Foyer 3<sup>e</sup> adhésion :       - 25 €      nom 2<sup>e</sup> adhérent : .....

Prépaiement Atouts Normandie : .....  - 30 €      numéro : ..... Date de création : .....

Pass'Sport (courrier reçu à fournir) : .....  - 50 €      numéro : .....

Total à régler : = .....€

## 6 / 6 – SIGNATURE

Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'Information du club et m'engage à respecter l'article 8.2. de la convention signée avec la Mairie de Honfleur précisant que l'accès des adhérents à la piscine ne peut se faire sans la présence obligatoire du responsable de l'activité.

*Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion administrative du club. Vos données personnelles sont traitées de façon confidentielle et ne seront communiquées à aucun tiers extérieur au Conseil d'Administration du club. En tant que pièce justificative comptables, elles seront conservées 10 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante : [contact@chan-honfleur.org](mailto:contact@chan-honfleur.org)*

Date – Signature

## CADRE RÉSERVÉ AU CLUB – NE PAS REMPLIR

Montant total réglé ..... €       Paiement groupé réglé par : ..... € en chèque n° .....

..... € en chèque différé n° ..... € en chèque différé n° .....

..... € en espèces      ..... € par virement      ..... € en Pass'Sport      ..... € en Atouts Normandie      ..... € en Coupon Sport      ..... € en Chèque Vacances

Questionnaire de santé       Certificat médical en date du .....       Autorisation parentale / Droit à l'image       Signature

Inscription enregistrée dans la base de données des adhérents par ..... Date de l'enregistrement .....

**NOTES IMPORTANTES :**

- Si vous vous êtes inscrit en section Plongée ou Apnée, il n'est pas nécessaire de compléter ce questionnaire de santé. En revanche, vous devez impérativement fournir la copie d'un Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques (vous devez impérativement conserver l'original pour pouvoir plonger).

Depuis la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé portée par Marisol Touraine pour le renouvellement des licences, un certificat ne sera exigé qu'une fois tous les trois ans (au lieu d'une fois par an). Les autres années, le licencié remplira un questionnaire de santé lui permettant de déceler d'éventuels facteurs de risques, qui nécessitera, le cas échéant, une visite médicale annuelle. Sinon, il attestera auprès de la fédération que tel n'est pas le cas.

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

**Au cours des douze derniers mois,**

|  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une période de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception ou désensibilisation aux allergies) ?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**À ce jour,**

|   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié**

Date – Signature

**Si vous avez répondu NON À TOUTES LES QUESTIONS :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions.

**Si vous avez répondu OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS,**

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