

**ABONNEMENT ACTIVITE AQUATIQUE ENFANTS ET ADOS**

**2024-2025**

**Piscine de la Communauté de Commune des Balcons du Dauphiné à Morestel**

 **ACTIVITE : …………………………………………………………… JOURS : ……………………………….. HORAIRES : ………………………
 \*** Si moins de 5 adhérents au cours choisi, le cours est supprimé et je choisis un autre créneau**:……………………………………………………….**

**NOM** : ……………………………………………………………………. **PRENOM** : ………………………………………………………………….
ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Téléphone** : ……/……/……/……/…… **Mail** : ……………………………….@...................... Date de naissance : …../…../…….

Personne à prévenir en cas d’urgence : ………………………………………………………………………………………………………
**ABONNEMENT**: **□** Annuel ou **□** Trimestriel **MONTANT : …………………………..**

Mode de paiement : **□ Espèce □ CB** ou **□ Chèque** (à l’ordre du trésor public)

**CONDITIONS D’INSCRIPTION :**
\* J’accepte le règlement intérieur de la piscine des Balcons.
\* J’ai un **abonnement annuel** : il est valable de septembre à fin juin, hors des vacances scolaires. J’ai droit à un cours par semaine sur le même jour et le même horaire toute l’année.
\* Ou j’ai un **abonnement trimestriel** : il est valable de septembre à décembre, de janvier à mars ou d’avril à juin, hors vacances scolaires. J’ai droit à un cours par semaine sur le même jour et le même horaire tout au long du trimestre. J’ai 15 jours avant la fin de mon trimestre pour me réabonner sur le trimestre suivant. Passé 15 jours, je perds ma place sur ce créneau.
\* Tout abonnement trimestriel ou annuel pris en cours d’année est du montant annuel ou trimestriel complet (pas de prorata)
\* **Je dois fournir un questionnaire de santé rempli par mes soins.
\* Tout trimestre commencé est encaissé et non remboursé.**
\* Le remboursement de l’abonnement se fait uniquement sur présentation d’un certificat médical d’incapacité à la pratique de l’activité ou suite à un déménagement (sur présentation d’un justificatif).
\* Sans réponse de votre part à la fin du 1er cours d’essai, votre règlement sera encaissé.

**AUTORISATION DROIT A L’IMAGE POUR LES MINEURS** : **□** Autorise la collectivité **ou** **□** N’autorise pas la collectivité

**Je soussigné(e)** : ………………………………………………… **Représentant**(e) **légal**(e) de l’enfant :………………………………………..
Demeurant au : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pour la saison 2024/2025  à la Piscine des Balcons du Dauphiné à utiliser l’image de mon enfant.
En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l’image, j’autorise la collectivité à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement par la collectivité, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : ● Presse ●Exposition ●Publicité ●Projection publique ●Sites internet des Balcons du Dauphiné ●Facebook piscine des Balcons du Dauphiné. Le bénéficiaire de l’autorisation s’interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d’utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable. Pour tout litige né de l’interprétation ou de l’exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

**Fait à : ………………………………………………, Le : ……………………………………..**

**Nom et prénom du représentant légal : ……………………………………………………. Signature :**

\* Les informations recueillies sur ce formulaire font l’objet d’un traitement par la communauté de communes des Balcons du Dauphiné en sa qualité de responsable de traitement. Ces données sont exclusivement destinées aux services internes et ne sont pas conservées au-delà des délais règlementaires en vigueur. Conformément à la législation relative à la protection des données personnelles, vous disposez de droits d’accès, de rectification, d’opposition, de retrait de votre consentement et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant à la communauté de communes des Balcons du Dauphiné par courrier à l’adresse 100 allée des Charmilles, 38510 Arandon-Passins ou par courriel à l’adresse DPO@balconsdudauphine.com et ce, en justifiant de votre identité. Pour plus d’informations sur la gestion de vos données, notre politique de Confidentialité est disponible sur simple demande.



**QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES POUR MINEURS A LA PISCINE DES BALCONS DU DAUPHINE
(Article II-23 Arrêté du 7 mai 2021)**

NOM et Prénom : ……………………………………………………………………………… Age : …........................
Nom de l’activité : ……………………………………………………………………… Horaires : ………………………

 **REPONDEZ AUX QUESTIONS EN COCHANT OUI ou NON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPUIS L’ANNEE DERNIERE** | **OUI** | **NON** |
| Es-tu allé(e) à l’hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours , | □ | □ |
| As-tu été opéré(e) ? | □ | □ |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | □ | □ |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | □ | □ |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | □ | □ |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s’était passé ? | □ | □ |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t’ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | □ | □ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d’habitude ? | □ | □ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | □ | □ |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | □ | □ |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | □ | □ |
| As-tu arrêté le sport à cause d’un problème de santé pendant un mois ou plus ? | □ | □ |
| **DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (plus de 2 semaines)** |  |  |
| Te sens-tu très fatigué(e) ? | □ | □ |
| As-tu du mal à t’endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | □ | □ |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | □ | □ |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | □ | □ |
| Pleures-tu souvent ? | □ | □ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d’une blessure que tu t’es faite cette année ? | □ | □ |
| **AUJOURD’HUI** |  |  |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | □ | □ |
| Penses-tu avoir besoin d’un médecin pour continuer le sport ? | □ | □ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | □ | □ |
| **QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS** |  |  |
| Quelqu’un dans votre 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 ? | □ | □ |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu’il se nourrit assez ? | □ | □ |
| Avez-vous manqué l’examen de santé prévu à l’âge de votre enfant chez le médecin ? (cet examen médical est prévu à l’âge de 2ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans, entre 15 et 16 ans) | □ | □ |
| **Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu’il t’examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.** |

\* Les informations recueillies sur ce formulaire font l’objet d’un traitement par la communauté de communes des Balcons du Dauphiné en sa qualité de responsable de traitement. Ces données sont exclusivement destinées aux services internes et ne sont pas conservées au-delà des délais règlementaires en vigueur. Conformément à la législation relative à la protection des données personnelles, vous disposez de droits d’accès, de rectification, d’opposition, de retrait de votre consentement et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant à la communauté de communes des Balcons du Dauphiné par courrier à l’adresse 100 allée des Charmilles, 38510 Arandon-Passins ou par courriel à l’adresse DPO@balconsdudauphine.com et ce, en justifiant de votre identité. Pour plus d’informations sur la gestion de vos données, notre politique de Confidentialité est disponible sur simple demande. **Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer les activités aquatiques.**

Date : ………………………………………. Signature