

# FICHE D INSCRIPTION STAGES VACANCES 2026

## BASE NAUTIQUE THEOULE SUR MER

### Cadre réservé à la base nautique

Dossier complet     certificat médical ou questionnaire de santé     attestation d'assurance R.C.

Règlement .....€

chèque

CB

espèce

Remarques :

**NOM :**

**PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE :

**TEL :**

TELEPHONE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

EMAIL : (en lettres capitales)

@

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

Stage optimist 7-9 ans (lundi mardi jeudi et vendredi : 10h à 12h)

Stage cata 10-13 ans (lundi mardi mercredi jeudi et vendredi : 10h30 à 12h30)

Stage cata ado/adultes (lundi mardi mercredi jeudi et vendredi : 14h à 16h)

SEMAINE DU ..... AU .....

### Autorisation parentale

Je soussigné (Nom, Prénom) : .....responsable de l'enfant .....

Né(e) le ...../...../..... et agissant en qualité de      mère       père       tuteur/tutrice légal(e)

Atteste avoir le plein exercice de l'autorité parental       atteste exercer la tutelle

Autorise le mineur précité à pratiquer les activités nautiques proposées par la base nautique de Théoule sur Mer

Autorise le mineur à rentrer par ses propres moyens en fin de séance

Atteste avoir répondu **non** à l'ensemble des questions posées dans le questionnaire ci-dessous pour l'enfant

Autorise les prises de vue photographiques sur lesquelles notre enfant pourrait apparaître

### Pour les mineurs et les majeurs

Je déclare avoir lu et accepte le règlement intérieur et que l'enfant précité en a pris connaissance

J'atteste que l'enfant précité est apte à nager 25 mètres et à s'immerger/ que je suis apte à nager 50 mètres et à m'immerger,

J'autorise la commune de Théoule sur Mer à hospitaliser l'enfant précité / à m'hospitaliser en cas d'accident survenu lors du stage.

**Pour les mineurs : Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.**

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>			
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"/>	
<b>A ce jour</b>			
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"/>	
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.</i>			

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

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

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

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

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Signature