

Été 2022



*Ma semaine*  
**AQUATIQUE**

POUR LES  
**5/9 ANS**  
TARIF 20€

AU CENTRE AQUATIQUE DU CLERMONTAIS, À CLERMONT L'HÉRAULT

**Du 11 au 15 juillet 2022**

*Un programme d'apprentissage de la natation,  
du débutant au perfectionnement pour découvrir et pratiquer  
des sports aquatiques en toute sécurité !*

DÉBUT DES INSCRIPTIONS : LUNDI 20 JUIN 2022

04 99 91 49 39 | [centreaquatique@cc-clermontais.fr](mailto:centreaquatique@cc-clermontais.fr) | [www.cc-clermontais.fr](http://www.cc-clermontais.fr)

# Fiche d'inscription 2022

## Horaires spécifiques

- Pour les 7-9 ans (années de naissance 2013/2014) de 10h à 10h45
- Pour les 5-7 ans (années de naissance 2015/2016) de 11h à 11h45
- Pour les 5-7 ans (années de naissance 2015/2016) de 12h à 12h45

## Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Âge : .....

## Renseignements concernant la mère

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Profession : ..... Tél. travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Adresse mail : .....  
N° de Sécurité Sociale de l'enfant : .....

## Renseignements concernant le père

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Profession : ..... Tél. travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Adresse mail : .....

## Autorisations :

- J'autorise la diffusion des photos prises lors des semaines aquatiques dans le cadre de la communication de la Communauté de communes du Clermontais (magazine, réseaux sociaux, presse, plaquette thématique, site Internet, achat d'espace auprès de prestataires de la C.C.C.).
- J'autorise le responsable à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents (SAMU – Pompiers – Hôpital – Clinique) y compris anesthésie et intervention chirurgicale si nécessaire.

## Le dossier

- Attestation d'assurance responsabilité civile (si M.A.E. formule 24/24 Plus ou famille)
- Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive de moins de 3 ans (au verso)
- Photocopie du livret de famille pages parents et enfant concerné
- Carte de natation si déjà venu (sauf débutant)

# Règlement de fonctionnement de l'activité

- L'inscription sera effective à compter du dossier complet et paiement de la semaine.
- Les cours sont effectués du lundi au vendredi.
- Le maillot de bain, le bonnet de bain et les lunettes sont obligatoires.
- Limitation des effets personnels marqués au nom de l'enfant dans un sac : lunettes, bonnet de bain, serviette, gel douche et change.
- Le passage par le pédiluve est obligatoire.
- Les parents sont responsables des enfants jusqu'aux vestiaires publics et lors des déplacements avant et après les cours.
- La direction décline toute responsabilité en cas de perte ou vol d'objets dans l'enceinte de la piscine.
- En cas de panne technique grave ou en fonction des conditions météorologiques, les cours n'auront pas lieu et ne seront ni reportés, ni remboursés.
- Pour tous les autres cas, se reporter au règlement intérieur de l'établissement.
- L'enfant et les parents reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'activité :  
 (cocher la case)

Je soussigné(e) Mme ou M. ....

responsable légal(e) de l'enfant .....

certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de *Ma semaine aquatique*.

Fait à ..... le .....

Signature du Père  
(Précédée de la mention *Lu et approuvé*)

Signature de la Mère  
(Précédée de la mention *Lu et approuvé*)

# Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour l'enfant .....

né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

• Physiques et sportives\*

• Aquatiques\*.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

*\*rayer les mentions inutiles*

Fait à ..... le .....

Signature et tampon du médecin