



Dossier D'inscription 2025/2026

⇒ Ecole de Natation ⇐

Inscription le jour du Forum des Associations à Lardy
Samedi 6 Septembre 2025
à partir de 10h

L'École de Natation propose des cours de **¾ heure à 1 heure**
Apprentissage et perfectionnement à la natation
Enfant âgé de **6 à 16 ans (né entre le 01.09.2010 et 31.12.2019)**

Les séances se déroulent au **Bassin Nautique de l'Arpajonnais à La Norville**

Conditions requises pour l'adhésion à la section natation

- ☐ Demande d'inscription complétée et signée
- ☐ 1 ou 3 chèques en règlement de la cotisation
- ☐ Certificat médical obligatoire **si réponse négative aux questionnaires** FFCO
- ☐ Demande de licence. **SEULEMENT POUR LES NOUVEAUX ADHERENTS**
- ☐ 1 Photo d'identité pour les jeunes de moins de 16 ans

(*)Le décret **n° 2021-564 du 7 mai 2021** prévoit donc qu'il **n'est désormais plus nécessaire, pour les mineurs, de produire un certificat médical** pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence dans une fédération sportive ou pour l'inscription à une compétition sportive organisée par une fédération. **La production d'un tel certificat demeure toutefois lorsque les réponses au questionnaire de santé du mineur conduisent à un examen médical**, mais également pour les disciplines à contraintes particulières. Bien entendu ce questionnaire reste totalement confidentiel et ne doit pas nous être restitué.

Responsable Ecole de Natation
Mme Béatrice LOISON => ecoledenat@asljl-natation.fr

Pour nous suivre :

 www.asljl-natation.fr
 www.facebook.com/asljl.natation.officiel



TARIFS : 125€ Décomposé comme-suit ↓	
Mercredi => Petit-Bain 19h-19h45 (30 séances)	99 €
Mercredi => Petit-Bain 19h45-20h30 (30 séances)	
Mercredi => Grand Bain 19h30-20h30 (30 séances)	
Mercredi => Grand Bain 20h30-21h30 (30 séances)	
+	
Licence et Frais administratifs (Aucun remboursement possible si annulation)	22€
+	
Cotisation ASLJL Siège OBLIGATOIRE (SAUF si inscription dans une autre section de l'ASLJL - Aucun remboursement possible si annulation)	4€
=	
Total	125€

Attention, si vous désirez annuler l'inscription de votre enfant nous ne pourrons pas vous rembourser la Licence-assurance et la cotisation ASLJL SIÈGE. CF règlement intérieur.

Les cours seront remboursés au prorata et après validation du comité directeur.

Seuls les **Éducateurs sportifs** et **l'encadrement** sont **habilités** à **reconnaître les capacités des nageurs et à définir le groupe que les enfants vont intégrer.**

Ainsi, les enfants sont susceptibles de changer de cours en début de saison.

Les 2 premières séances sont en général des séances d'évaluation de niveaux.



Bulletin d'Inscription École de Natation



Créneau SOUHAITÉ

(sous réserve des disponibilités)

PETIT BAIN

☐ De 19h à 19h45

☐ De 19h45 à 20h30

GRAND BAIN

☐ De 19h30 à 20h30

☐ De 20h30 à 21h30

Merci d'écrire LISIBLEMENT (en lettres majuscules)

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Représentant légal n°1 : _____ Tél Portable : _____

Représentant légal n°2 : _____ Tél Portable : _____

Adresse mail de contact : _____ @ _____

Adresse mail en **MAJUSCULE**

En cas d'urgence, identité et téléphone du contact à prévenir en PRIORITÉ :

Mme/M. _____ Tél ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Problème(s) de santé particulier(s) à nous signaler : _

☐ J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de Santé pour l'adhérent désigné

ci-dessus => Dans le cas contraire, **un certificat médical portant la mention "apte à la pratique de la natation loisirs" devra être fourni.**

Si adhérent de la saison précédente, prénom de l'éducateur sportif => _____

Mode de Règlement

☐ Espèces _____ €

☐ Coupons Sport _____ €

☐ Chèque(s) de ____ € - ____ € - ____ € (3 chèques maximum)

▲ Si paiement en plusieurs chèques => pas de centime

Nom de famille du débiteur **si différent de l'adhérent** _____

☐ Chèque en commun avec un autre dossier d'inscription

☐ Souhaitez-vous une attestation pour votre Comité d'Entreprise ?

Inscription à une autre activité de l'ASLJL ?

☐ Non ☐ OUI, laquelle : _____

☐ Coupon ASLJL Fourni par l'Adhérent

Signature du représentant légal

Photos

- 16 ans



Validation Règlement Intérieur A.S.L.J.L. Natation

Je soussigné(e) **M. / Mme** _____, **père – mère – tuteur légal** (*rayer la mention inutile*)
de l'enfant _____, déclare avoir reçu le règlement
de l'école de Natation et en avoir pris connaissance.

Validation Droit à l'image

J'autorise ☐ OUI ☐ NON à titre gracieux l'association ASLJL NATATION à fixer et à reproduire mon image ainsi qu'à la modifier et à l'utiliser dans le cadre de la création et de l'exploitation de sites Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

La présente autorisation est consentie pour tous supports connus ou à connaître, pour le monde entier et pour toute la durée de l'exploitation dudit (desdits) site(s) Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

Je suis expressément informé(e) et autorise que la(les) présente(s) photographie(e) soi(en)t exploitée(s) à des fins publicitaires, ou encore exposée(s) ou éditée(s) dans le circuit commercial ou non commercial.

Validation du Règlement Général sur la Protection des Données

J'autorise OUI NON l'association ASLJL NATATION à conserver mes données pour une utilisation exclusivement interne et administrative.

J'autorise l'association ASLJL NATATION à me contacter pour m'informer d'événements (Suppressions de cours, fêtes, informations divers etc. . .) par :

Mail ☐ OUI ☐ NON Téléphone ☐ OUI ☐ NON SMS ☐ OUI ☐ NON

Fait à, _____

Le, ____ / ____ / ____

Signature du Parent ou du représentant légal

FFCO
Fédération Française des
Clubs Omnisports

Questionnaire relatif à l'état de
santé
du sportif mineur « QS-SPORT »

Tu es sur le point de t'inscrire pour pratiquer une ou plusieurs activités sportives au sein de..... (**nom du club omnisports**). Pour compléter ton inscription, il t'est demandé de répondre au questionnaire ci-dessous qui te permettra de savoir si tu dois joindre ou non un certificat médical à ton dossier d'inscription.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Depuis l'année dernière

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 coeur 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)

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 plus souvent ? | ☐ | ☐ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | ☐ | ☐ |

Aujourd'hui

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | ☐ | ☐ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | ☐ | ☐ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | ☐ | ☐ |

Questions à faire remplir par tes parents

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur 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 trop ou pas 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 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et 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.

Si tu as répondu NON à toutes les questions, alors il n'y a pas de certificat médical à fournir. Tes parents devront attester, sur ton bulletin d'inscription, que tu as bien répondu NON à toutes les questions de ce questionnaire.

Nom du club : A.S.L.J.L

Numéro d'adhérent du club : 91012

IDENTITE :

NOM : PRENOM :

NOM de jeune fille :

Sexe : ☐ M ☐ F

Nationalité :

Né.e le :/...../.....

Lieu de naissance* :

Code postal de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Email : Tel :

*Si né.e à l'étranger,

Nom du père :

Nom de la mère :

CATEGORIE DE LICENCE

☐ Dirigeant.e ☐ Pratiquant.e ☐ Educateur.trice

Pour les dirigeant.e.s et éducateur.rice.s :

Département de résidence : Département d'exercice :

SECTION DE RATTACHEMENT :

ASSURANCES (OBLIGATOIRE)

☐ Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

☐ Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à envoyer, dès que possible, mon adhésion et son paiement à mon club.
OU BIEN

☐ Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

☐ Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir été informé de l'existence de

garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

OFFRE COMMERCIALE :

- ☐ Je souhaite être informé.e d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFCO
- ☐ Je souhaite être informé.e d'offres préférentielles des partenaires officiels de la FFCO

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour les personnes de plus de 50 ans : Le certificat médical est exigé à partir de 50 ans. Il est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

En dessous de 50 ans, seul le questionnaire de santé doit être complété.

Pour les personnes de moins de 50 ans ou les plus de 50 ans ayant fourni un certificat médical pour une demande de licence omnisports loisirs au cours des deux années précédentes : Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- ☐ Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
- ☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez joindre un certificat médical.

SIGNATURE DU LICENCIÉ OU REPRESENTANT LEGAL

Pour un licencié mineur : Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel (en cas d'application smartphone).

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur (NOM, Prénom) :

Date de signature :

Signature