



**Cercle Aqua-sports des Mureaux**  
Rue Hubert Mouchel 78130 Les Mureaux  
<https://natationlesmureaux.sportsregions.fr/>  
Tel : 06 89 56 37 86

Photo identité

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2025-2026 POUR LES NAGEURS MINEURS

Pièces à joindre à ce bulletin d'inscription :

- une photo d'identité (à coller ci-contre)
- la fiche médicale située au verso de cette feuille
- le règlement de la totalité du cours de l'année sportive

### Informations sur le futur nageur (écrire en lettres majuscules)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE (M ou F) : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NOM/PRENOM : \_\_\_\_\_  
(Nom et prénom du représentant légal des nageurs mineurs)

TELEPHONE : \_\_\_\_\_  
(Téléphone du représentant légal des nageurs mineurs)

E-MAIL : \_\_\_\_\_  
(E-mail du représentant légal des nageurs mineurs)

J'autorise le CAM à utiliser mon image à des fins non commerciales : oui ☐ non ☐

### Cours de natation souhaité (cocher la case correspondante)

|                                           |                                |
|-------------------------------------------|--------------------------------|
| Pré-natation n°1 (mercredi 15h15-16h) *   | <input type="checkbox"/> 220 € |
| Pré-natation n°2 (mercredi 16h-16h45) *   | <input type="checkbox"/> 220 € |
| Pré-natation n°3 (mercredi 16h45-17h30) * | <input type="checkbox"/> 220 € |
| Pré-natation n°4 (mercredi 17h30-18h15) * | <input type="checkbox"/> 220 € |
| Pré-natation n°5 (lundi 17h00-17h45) *    | <input type="checkbox"/> 220 € |
| Pré-natation n°6 (samedi 18h50-19h35) *   | <input type="checkbox"/> 220 € |

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| Ecole de natation lundi (lundi 17h45-18h45) * | <input type="checkbox"/> 220 € |
| Ecole de natation jeudi (jeudi 17h-18h) *     | <input type="checkbox"/> 220 € |

|                                                                                     |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Compétition niveau B (lundi 18h45-19h45 + jeudi 18h-19h) *                          | <input type="checkbox"/> 200 € |
| Compétition niveau A (lundi 19h45-20h45 + jeudi 19h-20h45 + samedi 12h30-13h30**) * | <input type="checkbox"/> 200 € |

\* Pour les nouveaux nageurs, des tests seront réalisés par les maîtres nageurs avant l'inscription, afin de valider la possibilité de s'inscrire.

\*\* Sous réserve de possibilité d'organisation de ce cours.

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la charte du Club, et m'engage à les respecter. Aucun remboursement d'annulation d'inscription ne sera effectué, sauf sur avis médical dûment justifié.

Fait aux Mureaux, le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

# FICHE MEDICALE POUR LES NAGEURS MINEURS

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.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐ Ton âge : ..... ans

| Depuis l'année dernière                                                                                  | OUI                      | NON                      | Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)                                                                                                                                                                            | OUI                      | NON                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré(e) ?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                           | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                        | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                          |                          |                          | Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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. J'atteste la sincérité des réponses fournies ci-dessus.

Fait aux Mureaux, le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_