

Nom & prénom des parents : _____

Adresse : _____

Code postale : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Nom & prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ → Âge au 1^{er} cours : _____

Certificat médical

Un certificat médical de non-contre indication à la pratique d'activité aquatique doit être fourni pour valider l'inscription.

Certificat médical fourni : ☐ Oui ☐ Non (à fournir au plus tard lors du 1^{er} cours)

Autorisation parentale (pour mineur)

Je soussigné(e),

Nom & prénom du représentant légal : _____,

Autorise mon enfant (Nom & Prénom) _____,

À participer aux activités aquatiques de l'entreprise AQUA BE.

Droit à l'image

Je soussigné(e) autorise AQUA BE HEALTH à utiliser les images/vidéos prises lors des activités pour des supports de communication (site internet, réseaux sociaux, brochures).

☐ Oui

☐ Non

Une fois le formulaire complété, veuillez le retourner accompagné du certificat médical

par mail à : contact@aqua-be.com

RAPPEL : l'inscription ne sera validée qu'à réception du certificat médical et du paiement.

Date : _____

Signature du représentant légal

Règlement intérieur :

Toute inscription est définitive et non résiliable. En annulant un cours 24h à l'avance, il est possible de le planifier à nouveau, en fonction des disponibilités dans une autre session.

Aucun remboursement ne sera possible si le cours ne peut être récupéré.

Pour un bon déroulement des séances, les accompagnateurs ne pourront pas assister aux cours.

Le cabinet sera ouvert 15 minutes avant le début de chaque cours pour accéder aux vestiaires.

Il sera possible de rester dans l'enceinte du cabinet pendant les cours.

Il est obligatoire de se déchausser avant l'entrée dans le vestiaire et de prendre une douche savonnée avant l'entrée dans le bassin.

Il est interdit d'être seul dans la piscine. Il est **impératif d'attendre la présence du maitre-nageur avant de rentrer dans l'eau.**

Pour le bon déroulé des séances, il faut prévoir :

- Un maillot de bain
- Une serviette
- Un bonnet de bain

Sur simple demande, vous pouvez avoir une copie de cette fiche d'inscription signée.

En remplissant ce questionnaire, vous consentez à ce que vos données soient traitées informatiquement et utilisées pour être identifié et contacté par AQUA BE. Vos données restent en interne de la société et ne seront pas transmises à un tiers. Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'opposition aux données sur simple demande.

En signant ce formulaire, vous acceptez et vous engagez à respecter le règlement intérieur d'AQUA BE.

Date : _____

Signature :

AQUA BE HEALTH SASU
Siège social
145 rue de Noisy le sec 93260 LES LILAS
www.aqua-be.com
contact@aqua-be.com
06 59 30 82 04