



52, av. S. Apollinaire 69009 LYON  
Tél. et Fax : 04 78 83 61 54  
SIRET : 40241481700013



## Fiche d'inscription AQUAGYM saison 2025-2026

\* Informations obligatoires

<p>Nom(s)* : .....</p> <p>Prénom(s)* : .....</p> <p>Date de naissance* : ..... / ..... / .....      Sexe* : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Nationalité* : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p>Adresse* : .....</p> <p>Code Postal* : ..... Ville* : .....</p> <p>Téléphone* : ..... Email (en majuscules)* : .....</p> <p>Contact d'urgence (ou 2<sup>ème</sup> parent) : ..... Téléphone : .....</p> <p>Profession (ou Etablissement Scolaire)* : .....</p>	<p>Photo d'identité*</p>
---	--------------------------

### CERTIFICAT MEDICAL – physiologique (optionnel, référez-vous au questionnaire santé)

#### Certificat d'Aptitude au Sport

Je, soussigné(e),....., Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mr, Mme, Mlle.....né(e) le ..... / ..... / .....  
(Prénom et NOM)

Demeurant au

.....  
et n'avoir constaté aucun signe apparent susceptible de contre-indiquer la pratique **de la gymnastique, de la natation et du plongeon.**

Fait à ..... le ..... / ..... / .....      Signature et cachet du praticien :

Seul un questionnaire santé est à remplir (document à récupérer sur le site internet du club) si un certificat médical a été fourni au club lors des 3 dernières années. Le club peut être en mesure de vous redemander un certificat médical si le précédent n'avait pas été envoyé par email.

#### Conditions d'inscriptions (si la liste ci-dessous est incomplète, le dossier sera refusé) :

- Règlement de l'activité en totalité.
- Fiche d'inscription dûment remplie avec photo d'identité et questionnaire santé ou certificat médical.
- Fiche LPC 2025-2026\_AutorisationsEtAssuranceFFN et dernière page du Règlement Intérieur signée.

#### Conditions Générales de Vente :

- > **Tout dossier rendu incomplet en début d'année sera refusé et l'activité ne pourra être commencée.**
- > Le Club décline toute responsabilité et tout remboursement concernant les problèmes relevant du fonctionnement de la piscine qui incombent à la Ville de Lyon (grèves, problèmes technique).
- > Les jours fériés et fermetures exceptionnelles ne donneront lieu à aucun remboursement ou rattrapage des cours.
- > **L'adhésion est forfaitaire et annuelle. Elle ne peut être remboursée, y compris dans le cas d'un règlement en plusieurs chèques qui n'a pour intérêt que de vous faciliter le paiement de la cotisation.**
- > **La saison sportive dépend des créneaux accordés par la ville de Lyon, soit de fin septembre à fin mai généralement pour les adhérents loisirs. Le calendrier prévisionnel vous sera envoyé dès que possible en début de saison.**
- > **Toute inscription est définitive ; aucun remboursement ne sera accordé.**

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

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 inexplicée ?	<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 la seule responsabilité du licencié</i>		

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

104 rue Martre – CS 70052- 92583 CLICHY Cedex  
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 \* E-mail : [ffn@ffnatation.fr](mailto:ffn@ffnatation.fr)

SUIVEZ NOUS SUR     [ffnatation.fr](https://www.ffnatation.fr)

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Toutes les licences - Compétition - Natation pour tous - Encadrement - Eau libre promotionnelle	Si réponse « <b>NON</b> » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs 	<b>NON</b>
	Si une réponse « <b>OUI</b> » à une question du QS Sports - Majeurs 	<b>OUI</b>
Compétitions en eau Froide / glacée	Fournir un certificat médical de moins de 3 mois + ECG de moins de 6 mois	

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MAJEURS

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit d'un majeur protégé)

Je soussigné(e) : ..... [Nom - Prénom]

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

..... [Adresse complète]

**Atteste sur l'honneur :**

- Avoir répondu NON à toutes les questions du QS - FFN Majeurs. dont le contenu a été validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... [Ville] le ..... [date]

Signature du licencié  
 (ou de son responsable légal s'il s'agit d'un majeur protégé)



52, av. S. Apollinaire 69009 LYON  
Tél. et Fax : 04 78 83 61 54  
SIRET : 40241481700013



## Autorisation Intervention Urgence 2025-2026

Je soussigné(e) Madame/Mère , Monsieur/ Père ou tuteur de l'enfant (rayer les mentions inutiles) :

Prénom (de l'adhérent(e)) .....

Nom (de l'adhérent(e)) .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Autorise les responsables du club LPC à faire procéder à toute intervention d'urgence prescrite par le corps médical en cas d'accident.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature :

## Autorisation Droit à l'Image 2025-2026

Je soussigné(e) ..... accorde au club LPC, ses représentants, ou toute personne agissant avec l'autorisation du club, la permission irrévocable de publier sur le site internet de l'association et autres médias de communication utilisés par le club toutes les photographies ou vidéos prise de moi (ou/et) de mon enfant

.....

lors des activités du club (entraînements, stages, compétitions, opérations de communication) et ce durant la période de mon adhésion.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom ou (rayer la mention inutile) en tant que tuteur légal pour mon enfant nommé ci-dessus.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature :

## FFN Assurance 2025-2026

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des informations minimales de garanties de base « Accidents Corporels » attachées à la licence FFN ainsi que du bulletin permettant de souscrire personnellement aux Garanties Complémentaires ou de refuser l'assurance de base « Individuelle Accident » auprès de l'assureur fédéral. J'ai lu et compris que pour tout refus de la garantie de base « individuelle Accident » ou souhait de souscrire aux Garanties Complémentaires, il me faudra contacter le Lyon Plongeon Club lors de mon inscription.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature :