



## Bulletin d'inscription à l'Association

Septembre 2025 à fin Août 2026

A compléter en lettre capitale et à envoyer directement aux adresses (mail ou postale) de l'association.

Nom : ..... Prénom : .....

Date naissance : .../.../..... Lieu naissance : ..... Départ naissance: .....

Adresse : .....

Téléphone Port. .... @ .....

Personne à joindre en cas d'urgence : .....

Téléphone Port. .... @ .....

| Actions                                                                            | Cotisations à l'année                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Infos sur <a href="http://www.aquabreizhclubmns.com">www.aquabreizhclubmns.com</a> |                                                                                |
| Membre Actif, Honneur et Adhérent                                                  | 40 €                                                                           |
| Formations et animations FFMNS                                                     | Tarifs indiqués dans les dossiers d'inscription à retirer sur le site du club. |

### REGLEMENT :

Les adhérents stagiaires, formateurs, jurys ou clients qui intègrent des actions en cours de saison retrancheront leur licence au coût de d'intervention.

La ventilation du paiement : par chèque pour les adhésions - cotisations à l'ordre d'Aqua Breizh Club MNS, ou par virement bancaire (RIB).

Toute activité ne peut être faite qu'après réception de cette adhésion octroyant une assurance MAIF et/ou FFMNS.

Les activités sont assujetties aux conditions météo, à la qualité des eaux de baignade et aux particularités des marées. Ceci en milieu naturel mais aussi en fonction des conditions d'accueil des ERP piscines. Aqua Breizh Club MNS n'est donc pas responsable de ces aléas possibles.



### RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

|                                              |         |              |                 |
|----------------------------------------------|---------|--------------|-----------------|
| Banque                                       | Guichet | N° de compte | Clé RIB         |
| 15589                                        | 29785   | 019569063 40 | 26              |
| Titulaire du compte : AQUA BREIZH CLUB M.N.S |         |              |                 |
| 9 rue Emilia Lebreton                        |         |              |                 |
| 35500 VITRE                                  |         |              |                 |
| Domiciliation : CCM GUILERS                  |         |              |                 |
| Devise : EUR                                 |         |              |                 |
| IBAN FR76 1558 9297 8501 9569 0634 026       |         |              | BIC CMBRFR2BXXX |

### NIVEAU AQUATIQUE SOUHAITE :

Au minimum, être familiarisé au milieu aquatique. En fonction des actions, un niveau particulier peut-être souhaité par l'encadrement ou la réglementation. Se référer aux dossiers d'inscription et site du club.

### ENGAGEMENT :

Je soussigné(e)..... (ou tuteur légal de l'inscrit ci-dessus) souhaite participer aux activités aquatiques proposées par Aqua Breizh Club MNS. J'autorise l'organisateur à prendre toutes les dispositions relatives aux soins médicaux qu'aurait à subir l'inscrit pendant la durée des actions du club. Oui ☐ Non ☐

Droit à l'image : je suis informé(e) et ne m'oppose pas au fait qu'Aqua Breizh Club MNS puisse prendre des photos/vidéos de ses membres et se réserve le droit de les utiliser sur son site internet ou tout autre support de communication. Oui ☐ Non ☐

D'autre part, j'affirme au travers des documents annexés 1 et 2, que l'inscrit ci-dessus ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités aquatiques et sait nager. Le certificat médical de non contre indication à la pratique et l'encadrement des activités aquatiques est désormais obligatoire pour la carte professionnelle des éducateurs sportifs en lien avec leur honorabilité. Pour les adhérents ayant transmis un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités aquatiques de moins de 3 ans, le questionnaire de santé pour les renouvellements est au verso.

Fait à .....

Signature de l'adhérent

Le ..... 20....



## ANNEXE 1

► CERTIFICAT MEDICAL DU DOSSIER DE DECLARATION D'EDUCATEUR SPORTIF

---

## **ANNEXE**

### **CERTIFICAT MEDICAL D'EDUCATEUR SPORTIF**

(Article A. 212-178 du code du sport)

Je soussigné(e) Dr ..... certifie avoir examiné M ou  
Mme ..... qui ne présente pas ce jour de  
contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement des activités physiques ou  
sportives.

Date ...../...../.....

Signature

Nom :

Prénom :

Qualification(s) :

Adresse :

Téléphone :

N°ADELI :



## ANNEXE 2

Depuis le 1er juillet 2017, le certificat médical n'est exigé que tous les 3 ans pour le renouvellement de la licence. Dans ce cas, le sportif renseigne un questionnaire de santé dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé des sports. [Décret n°2016-1387 du 12 octobre 2016 - art. 2](#)

Le sportif ou son représentant légal atteste auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut de ces conditions, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication pour le renouveler de la licence.

Ce questionnaire de santé\*\* " QS-SPORT " permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive [Arrêté du 5 septembre 2017 - art. 2](#) . Lors d'une première licence, le certificat médical de non contre indication à la pratique des activités aquatiques reste obligatoire.

| RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.<br>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :                                                                                                                               | OUI                      | NON                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                          | <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"/> |
| A ce jour :                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |
| 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"/> |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.                                                                                                                                           |                          |                          |

(\*\*)Si vous avez répondu NON à toutes les questions, en cas de renouvellement, pas de certificat médical à fournir. Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions ou si c'est votre première licence, un certificat médical est à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné avant de nous le remettre avec votre bulletin d'adhésion.

☐ J'atteste donc avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »