

# ASSOCIATION PARENTALE NAUTIQUE ET D'ÉVEIL DE L'ENFANT (A.P.N.É.E.)

Adresse postale :

APNEE – Espace Jacques Prévert  
1 bis, rue Monseigneur Campo – 64000 PAU

Accueil physique :

APNEE – Espace Jacques Prévert  
Rue des Galaxies – 64000 PAU

Tél. : 05.59.83.95.98

E-mail : [contact@apneepau.fr](mailto:contact@apneepau.fr)

Site Internet : [www.apneepau.fr](http://www.apneepau.fr)

## SECTION AQUAGYM PRE-NATAL

SAISON 2019 / 2020

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

C.P. – VILLE : .....

N° de téléphone : .....

Adresse mail valide : ..... @ .....

*(important pour être prévenu en cas d'annulation de séance et recevoir les informations de l'association, merci d'écrire lisiblement)*

Date de naissance : ..... Age : .....

Profession : ..... Employeur (nom et adresse) : .....

Est-ce votre : 1<sup>er</sup> enfant  ..... 2<sup>ème</sup>  ..... 3<sup>ème</sup>  .....

Date prévue pour la naissance : .....

Nom du père : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Profession : .....

✓ J'accepte que des photos, vidéos, individuelles ou collectives, soient publiées dans le cadre des activités de l'association et/ou sur le groupe Facebook et/ou sur le site Internet de l'Apnée :

(ENTOUREZ VOTRE RÉPONSE)    oui    non

✓ Je suis intéressé(e) par le bénévolat au sein de l'association et je souhaite avoir plus de renseignements :

(ENTOUREZ VOTRE RÉPONSE)    oui    non

L'activité se déroule à la piscine Péguilhan (bd du Cami-Salié à Pau) dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019, le :

Mardi soir de  
Jeudi soir de

19H45 à 20H45  
19H15 à 20H15

Cadre réservé au Secrétariat :

Date de validation licence-assurance : .....

Dossier complet :     OUI     NON    Pièce(s) manquante(s) : .....

Chèque n° : ..... Date : .....

Comment avez-vous été informée de l'activité "AQUAGYM PRÉ-NATAL" : .....

Quel sera votre médecin ou sage-femme accoucheur : .....

Où allez-vous accoucher ? (Hôpital, clinique...) : .....

Suivrez-vous des cours de préparation à l'accouchement : ..... OUI  ..... NON

Avez-vous des problèmes antérieurs ou liés à la grossesse : ..... OUI  ..... NON

Si oui, lesquels : .....

Pratiquez-vous d'autres activités physiques : ..... OUI  ..... NON

Si oui, lesquelles : .....

### Tarifs :

<b>Inscription pour 4 mois et moins</b> (si votre date du terme est dans moins de 4 mois ou pour une inscription après le 1 <sup>er</sup> mars 2020)		<b>Inscription pour plus de 4 mois</b> (si votre date du terme est dans plus de 4 mois)	
<b>Adhésion</b>	6,00 €	<b>Adhésion</b>	6,00 €
<b>Licence-Assurance</b>	17,30 €	<b>Licence-Assurance</b>	36,00 €
<b>Cotisation</b>	<b>Ma Cotisation</b>	<b>Cotisation</b>	<b>Ma Cotisation</b>
Pour 1 Mois = 15 €	.....€	Pour 5 Mois = 46 €	.....€
Pour 2 Mois = 23 €	.....€		
Pour 3 Mois = 32 €	.....€		
Pour 4 Mois = 40 €	.....€		
<b>Supplément domiciliation "Hors Pau"</b>	3,00 €	<b>Supplément domiciliation "Hors Pau"</b>	3,00 €
<b>TOTAL À RÉGLER</b>	.....€	<b>TOTAL À RÉGLER</b>	.....€

**Tarifs différents si votre famille est déjà adhérente de l'association (Bébés-Nageurs ou autre). Se rapprocher du secrétariat.**

Date de la 1<sup>ère</sup> séance : .....

Merci de cocher les mois d'activité prévus dans le calcul de votre cotisation :

OCTOBRE       NOVEMBRE       DÉCEMBRE       JANVIER       FÉVRIER

MARS       AVRIL       MAI       JUIN

## Pièces obligatoires à fournir :

- Certificat médical d'aptitude (possibilité de faire remplir l'encadré ci-après).
- Règlement (chèque(s) à l'ordre de l'APNÉE).

## Modalités diverses :

- ✓ Le dossier est à renvoyer par La Poste ou à déposer à l'adresse indiquée en 1<sup>ère</sup> page (merci de ne pas le ramener en piscine).
- ✓ A partir du moment où vous avez renvoyé le dossier **complet**, vous pouvez commencer l'activité, en effet, nous ne vous contactons que s'il y a un souci avec votre dossier.
- ✓ Port du bonnet de bain obligatoire (si besoin vente de bonnet en polyester floqué au nom de l'association = 2 € auprès de votre animateur).

### **CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné, DOCTEUR .....

Certifie qu'à ce jour, l'état de santé de Madame .....

ne présente pas de contre indication à la pratique de l'Aquagym Pré-natal.

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin obligatoire

Les informations recueillies dans ce dossier sont nécessaires pour votre adhésion.

Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants, de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à notre secrétariat.