



Villeneuve-le-Roi Aquatique Club

Piscine Nelson Mandela – 59 Rue du Docteur Calmette – 94290 Villeneuve-le-Roi

☎ 06 45 12 01 07 • ✉ vac94290@gmail.com • 🌐 villeneuve-vac.com

💧 BULLETIN D'ADHÉSION FAMILIALE – BÉBÉS NAGEURS

Saison sportive 2026 / 2027

Ce bulletin regroupe les informations des parents accompagnateurs et de leur(s) enfant(s) inscrit(s) à l'activité Bébés Nageurs. Cotisation annuelle : 270 € / famille (incluant la participation du ou des accompagnateurs).

👨👩 Informations Famille

Nom de famille (*en majuscules*) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Parent accompagnateur 1 (*en majuscules*) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Téléphone : _____

E-mail (*en majuscules*) : _____

Parent accompagnateur 2 (facultatif) (*en majuscules*) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Téléphone : _____

E-mail (*en majuscules*) : _____

👶 Enfant(s) inscrit(s)

Nom & Prénom

Date de naissance

Sexe (F/H)

Allergies / Infos santé

🕒 Créneau choisi (cochez un seul)

☐ Groupe 1 – Samedi 8h30 (6 mois à 2 ans) – Accueil 8h15

☐ Groupe 2 – Samedi 9h00 (6 mois à 2 ans) – Accueil 8h45

☐ Groupe 3 – Samedi 9h30 (2 ans à 3 ans) – Accueil 9h15

Pièces à fournir (toutes obligatoires)

- ☐ Paiement 270 €
- ☐ Questionnaire de santé FFN
- ☐ Licence FFN
- ☐ Copie Carnet de santé (pages vaccins)
- ☐ Certificat médical accompagnateur (si une réponse OUI au questionnaire santé)

Engagements et autorisations

Je soussigné(e) certifie exactes les informations ci-dessus et m'engage à respecter :

- Les statuts et le règlement intérieur du Villeneuve-le-Roi Aquatique Club ;
- Les consignes de sécurité et d'hygiène applicables à la piscine Nelson Mandela.

Je reconnais :

- Que la cotisation est ferme et non remboursable ;
- Que l'assurance FFN couvre uniquement les accidents survenus lors des activités encadrées ;
- Que le club décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'effets personnels.

☐ Autorisation droit à l'image : J'autorise le VAC à utiliser des photos prises durant les séances à des fins non commerciales. ☐ Oui ☐ Non

☐ Autorisation médicale : En cas d'urgence, j'autorise un membre du VAC à prendre toute disposition nécessaire (soins, transfert, hospitalisation).

 *Mention RGPD : Les données recueillies sont utilisées exclusivement pour la gestion des adhésions du VAC et ne seront jamais partagées avec des tiers.*

Signature

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du parent accompagnateur 1 : _____
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du parent accompagnateur 2 : _____
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)