



REGLEMENT INTERIEUR

L'aquagym pré et postnatale vous est proposée par l'association loi 1901 'Toulouse activité pré et post natale', en partenariat avec la maternité de l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse. Le club ne peut être tenu responsable du mauvais fonctionnement de la piscine (par exemple fermeture suite à un incident technique ou exceptionnel). Nous informerons les adhérents dans la mesure du possible.

Le TAP décline toute responsabilité en cas d'accident en dehors des séances, par exemple lors de l'habillage ou du déshabillage dans les vestiaires. Il est formellement interdit, pour des raisons de sécurités évidentes, de pénétrer dans l'eau sans l'autorisation des maîtres-nageurs. Dans le cadre des entraînements postnataux, l'équipe d'animation accepte la présence des bébés dans les gradins sous la responsabilité de leurs parents.

Les publics :

Les cours sont destinés, après avis médical, aux femmes enceintes à partir du 3ème mois de grossesse ainsi qu'aux mères, deux mois après l'accouchement.

Matériel :

Vous devez vous munir d'un bonnet de bain à chaque séance. Les lunettes de piscine sont conseillées.

Horaires :

Lundi et vendredi de 12h30 à 13h30, de septembre à juin sauf fermetures exceptionnelles aux périodes d'entretien de la piscine (une à deux semaines entre février et mars).

Tarifs :

| | | |
|-------------------|-----------------|--|
| 1 Séance | 12 euros | Les forfaits ne sont ni remboursables, ni cessibles. Ces cotisations comprennent l'entrée à la piscine pendant les horaires des séances, les frais d'encadrement, l'assurance et l'adhésion à l'association. |
| 5 Séances | 50 euros | |
| 10 Séances | 90 euros | |

Pièces à fournir lors de l'inscription :

Fiche d'inscription

Certificat médical (gynécologue ou médecin) autorisant la pratique de l'aquagym

Chèque du nombre de séances

FICHE D'INSCRIPTION POSTNATALE

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ E-MAIL : _____

SITUATION FAMILIALE : _____ NOMBRE D'ENFANTS : _____

PROFESSION : _____

ACTIVITES PHYSIQUES PRATIQUEES : _____

OBSERVATIONS MEDICALES EVENTUELLES : _____

DATE D'ACCOUCHEMENT : ___/___/___ LIEU D'ACCOUCHEMENT : _____

GYNECOLOGUE : _____

MODE D'ACCOUCHEMENT : SPONTANE SPATULES FORCEPS CESARIENNE

ALLAITEMENT : MATERNEL : _____ (DUREE) ARTIFICIEL

ALLAITEZ-VOUS ENCORE VOTRE ENFANT ? OUI NON

AVEZ-VOUS DEJA PRATIQUE UNE REEDUCATION POSTNATALE ? OUI NON

SI OUI : REEDUCATION DU PERINEE ET ABDOMINALE REEDUCATION DU PERINEE

EST-ELLE EN COURS ? OUI NON

JE DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DU TAP ET M'INSCRIS
AUX SEANCES EN PISCINE.

DATE : ___/___/___ LIEU : _____

SIGNATURE PRECEDEE DE LA MENTION LU ET APPROUVE