



## Fiche de préinscription AQUA TRAINING

2023-2024



La Celledesaintcloud  
PISCINE CORNEILLE

1ère demi-saison : du 11 sept. au 23 déc. 2023

2ème demi-saison : du 26 févr. au 29 juin 2024

Hors vacances scolaires et jours fériés

Fermeture de la piscine pour travaux et vidange  
du 8 janvier au 10 février 2024

Nom :  Prénom :

Adresse :

CP :  Ville :

    Email :

Créneau

SAMEDI

Bassin Ludique  
de 12h20 à 13h00

Pièces à fournir :

- Le présent document dûment rempli.
- Un justificatif de domicile (pour les Cellois)
- Une photo d'identité
- Un certificat médical de moins d'un an, attestant l'aptitude à la pratique de l'aquabiking.

**REGLEMENT par :**  carte bancaire,  chèque à l'ordre de "Régie recettes piscine Corneille La Celle St-Cloud",

(cocher le moyen de paiement utilisé)  espèces,  chèques vacances,  Coupons Sport

<b>Tarifs :</b>	<b>- CELLOIS</b>	<b>185.00 €</b>
<b>1ère</b>		
<b>Demi-saison</b>	<b>- NON CELLOIS</b>	<b>229.00 €</b>
<b>Tarifs :</b>	<b>- CELLOIS</b>	<b>200.00 €</b>
<b>2ème</b>		
<b>Demi-saison</b>	<b>- NON CELLOIS</b>	<b>248.00 €</b>

	<b>- CELLOIS</b>	<b>46.00 €</b>
<b>Forfait mensuel</b>	<b>- NON CELLOIS</b>	<b>57.00 €</b>
<i>si inscription en cours de cycle</i>	<b>- CELLOIS</b>	<b>46.00 €</b>
	<b>- NON CELLOIS</b>	<b>57.00 €</b>

Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD), les services de la mairie de La Celledesaintcloud vous informe que vos données serviront uniquement au traitement et à la facturation de votre inscription à l'activité Aquabike par les services municipaux et le Trésor Public.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en écrivant au Délégué à la protection des données de la Ville, [dpo@ville-lacellesaintcloud.fr](mailto:dpo@ville-lacellesaintcloud.fr), ou Mairie de la Celledesaintcloud, Délégué à la protection des données, 8E avenue Charles de Gaulle, 78170 LA CELLE SAINT-CLOUD.

Elles seront conservées à ces fins de manière sécurisée pendant une durée de 10 ans.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement de l'activité le :

A remplir par le personnel de la piscine

Carte N° :  Remise le :  Validité du certificat médical :