



Questionnaire d'Aisance Aquatique

NOM Prénom de l'enfant : _____ Age : _____

Créneau horaire préférentiel (entourer votre choix) : 17h-18h 18h-19h

Afin de nous aider à inscrire votre enfant dans le groupe correspondant le mieux à ses besoins, merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions (entourer votre choix).
Un test plus affiné sera réalisé lors de la 1ère séance dans l'eau.

Votre enfant ,,,,		
Se déplace-t-il sur le ventre ?	OUI	NON
Se déplace-t-il sur le dos ?	OUI	NON
Saute-t-il pour rentrer dans l'eau ?	OUI	NON
Met-il la tête sous l'eau ?	OUI	NON
Se déplace-t-il sous l'eau (totalement immergé) ?	OUI	NON
Va-t-il dans le grand bain sans matériel de flottaison (frite, ceinture) ?	OUI	NON

