



|                          |    |                                  |
|--------------------------|----|----------------------------------|
| réservé aux responsables | CM | Cotisation € et mode de paiement |
|                          |    |                                  |



# Fiche d'inscription PILATES

## Planning des cours

| Jour     | Horaire     | Lieu   |
|----------|-------------|--|
| Lundi    | 16h30-17h30 | Salle du Thirondel - St Baudille Pont de l'Arn |
| Lundi    | 18h-19h     | Salle du Thirondel - St Baudille Pont de l'Arn |
| Mardi    | 9h-10h      | Salle du Thirondel - St Baudille Pont de l'Arn |
| Mardi    | 10h30-11h30 | Salle du Thirondel - St Baudille Pont de l'Arn |
| Mercredi | 18h-19h     | Jules Ferry Aussillon                          |

**Carnet de 10 tickets : TARIF 80€** Modalités - plusieurs paiements possible : espèces, chèque, ANCV, Pass Aussillon  
 > 1 ticket / présence en cours - renouvellement possible dans l'année - carnet valable sur la prochaine saison  
 + Assurance fédération 10€ (tarif annuel unique, même si renouvellement de carnet)  
 + Joindre certificat médical (obligatoire pour les nouvelles adhésions puis valable 3ans selon questionnaire QS)

Merci de préciser le choix de votre créneau principal : .....  
 mais il est possible (dans la mesure des places disponibles) de basculer d'un créneau à l'autre

**Pour tous les adhérent.e.s - Ecrire en MAJUSCULE et LISIBLEMENT**

Nom Prénom..... Date naissance : ...../...../.....  
 Code Postal + Ville : .....  
 Personnes à prévenir en cas d'urgence (Nom/Tél) .....



**Pour les nouvelles adhérent.e.s, compléter les infos ci-dessous**

**En cas de renouvellement, compléter uniquement s'il y a des changements par rapport à l'année dernière.**

Tél Port.....  
 Mail @ : .....

**Questionnaire de santé « QS –SPORT »**



Ce questionnaire permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical



aux questions par OUI ou par NON - Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

OUI NON

**Durant les 12 derniers mois**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                |  |  |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?            |  |  |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   |  |  |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?  |  |  |
| Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jrs ou + pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? |  |  |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?          |  |  |

**A ce jour**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite çà un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? |  |  |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?   |  |  |

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir (validité 3 ans)**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Consultez un médecin – certificat médical à fournir**

Je ne connais, à ce jour, aucune contre-indication et je déclare avertir l'animatrice de toute pathologie qui aurait un impact sur ma santé pour ma pratique sportive en cours d'année.  
 Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions (affichage salle, par mail, sur internet)

**Signature :**



**Comment avez-vous connu notre club :**

Site internet  Flyer  Google  Bouche à oreille  Adhérent(e) depuis plusieurs années

