

## INSCRIPTION GYM PILATES saison 2025/2026

NOM	_____
PRENOM	_____
DATE NAISSANCE	_____
ADRESSE	_____
VILLE C/P	_____
TEL	_____
MAIL *	_____

Se munir d'un tapis de gym, leggings, chaussettes + 1 bouteille eau

COTISATION ANNUELLE 170€ + 5€ AMAB

VOS COURS : MARDI 18h00/19h00  
MARDI 19h00/20h00  
JEUDI 9h00/10h00

REGLEMENT 1X170€+5€ 2X85€+5€ 3X56,70€+5€

DATE : SIGNATURE :

# Questionnaire de santé

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

Répondez aux questions suivantes par Oui ou Non *	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique		
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?		
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?		
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
6) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent (e).</b>		

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, **merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur** ci jointe et la remettre à la section.

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre **un certificat médical d'absence de contre-indication** à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre section. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

## ATTESTATION Saison 2025-2026

Je soussigné M/Mme : ....., né(e) le..... Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

A .....Le ...../...../.....

Signature

**DEBUT DES COURS: MARDI 9 SEPTEMBRE 2025**

**FIN DES COURS: JEUDI 11 JUIN 2026**

**HORAIRES:**

**GYM PILATES**

MARDI 18H00/19H00  
MARDI 19H00/20H00  
JEUDI 9H00/10H00

**ATTENTION : 12 INSCRIPTIONS PAR COURS**  
LES INSCRIPTIONS RENOUVELEES SONT PRIORITAIRES

**PAS DE COURS PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES NI LES JOURS FERIES**

**PAS DE COURS LE JEUDI DE L'ASCENSION**