



ASSOCIATION PILATES EN SEINE

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____
E-mail : _____ @ _____
Téléphone : _____

Activité	Jour	Heure	*Prof.	Tarif	**Réd. - 10 %	Montant net
Pilates				170 €	∅	
2 ^{ème} cours				170 €	-17 €	
Rose Pilates			Lili	200 €	∅	
Stretching			Martine	170 €		
Barre classique			Martine	170 €		
(*Cf. planning)					Total activités	€
					ADHESION	+ 10 €
					TOTAL	€

** Réduction de 10 % à compter du 2^{ème} cours par semaine **ou** pour le conjoint (Remise couple)

Chèque Espèces

APS - 103 Résidence les Bois du Cerf 91450 Etolles (par courrier **simple**)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ À REMPLIR AU VERSO

En fonction du résultat un Certificat Médical de Non Contre Indication devra être fourni pour accéder aux cours.

Inscription et cotisation annuelles dues pour la saison entière à l'issue du 1^{er} cours d'essai.

Je déclare adhérer à l'association ce jour, le / /

Signature (des parents pour un enfant mineur) :



Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical à l'Association Pilates en Seine à laquelle vous adhérez ce jour.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*

Durant les 12 derniers mois :

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | OUI | NON |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | OUI | NON |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | OUI | NON |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | OUI | NON |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | OUI | NON |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | OUI | NON |

À ce jour :

- | | | |
|--|-----|-----|
| 7) 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 ? | OUI | NON |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | OUI | NON |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | OUI | NON |

***NB** : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent. Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.

J'ATTESTE avoir répondu NON à toutes les questions lors de l'inscription ou la réinscription annuelle à l'APS. Signature :

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : CERTIFICAT MÉDICAL À FOURNIR À L'APS. Consultez un médecin et présentez-lui une copie de ce questionnaire renseigné (Original destiné à l'APS au verso de la fiche d'inscription).