



## ASSOCIATION PILATES EN SEINE

### FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Ville / Code postal : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

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

\*\* Réduction de 10 % à compter du 2ème 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<sup>er</sup> cours d'essai.**

L'APS se réserve le droit d'adapter le planning des cours selon les effectifs enregistrés.

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

Signature obligatoire (des parents pour un enfant mineur) :

**J'ai connu l'APS par un prospectus dans ma boîte aux lettres : OUI / NON**



## 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 inexpliquée ?                                     | 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).**