



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				180 €	∅	
2 ^{ème} cours				180 €	-18€	
Rose Pilates			Lili	200 €	∅	
Stretching			Martine	180 €		
Barre classique			Martine	180 €		
(*Cf. planning)					Total activités	€
					ADHESION	+ 10 €
					TOTAL	€

** 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 après validation du 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).