



ASSOCIATION PILATES EN SEINE

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

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

Activité	Jour	Horaire	*Prof.	Tarif	**Réd. - 10 %	Montant net
Pilates				180 €	∅	180 €
2 ^{ème} cours				180 €	-18€	
Rose Pilates			Lili	200 €	∅	
Stretching			Martine	180 €		
Barre classique			Martine	180 €		
(*Cf. planning général)					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 Etiolles (par courrier postal **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

Pour la 1^{ère} fois Renouvellement depuis années

Signature obligatoire pour valider votre adhésion :

J'ai connu l'APS : par Internet via l'annuaire des associations de ma ville
 par un adhérent autre (précisez : _____)



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 inexplicquée ? 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).