



ASSOCIATION PILATES EN SEINE

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE 20__ / 20__

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

Activité	Jour	Horaire	*Prof.	Tarif	**Tarif réduit	Montant net
Pilates				190 €	∅	190 €
2 ^{ème} cours				170 €	170 €	
Rose Pilates			Lili	210 €	∅	210 €
Stretching			Martine	190 €		
Barre classique			Martine	190 €		
(*Cf. planning général)					Total activités	€
					ADHESION	+ 10 €
					TOTAL	€

** Réduction appliquée à compter du 2^{ème} cours par semaine **OU** pour le conjoint (Remise couple)
Grille tarifaire disponible sur www.pilates-en-seine.fr

Chèque Espèces
APS - 103 Résidence les Bois du Cerf 91450 Etolles (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 :

Pour la 1^{ère} fois **ou** Renouvellement (Depuis l'année 20.....)

Signature obligatoire pour valider votre adhésion :

Date :

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 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).