

CONVENTION D'INSCRIPTION POUR LA SAISON 20__ / 20__

REEMPLIR EN MAJUSCULES

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/__

Adresse : _____

Téléphone fixe ou portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail : _____ @ _____

Sollicite mon adhésion à l'association GymPilPo. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et règlement Intérieur et m'engage à m'y conformer sans réserve. Je dégage GymPilPo de toute responsabilité quant aux accidents, vols et sinistres dont je pourrais être victime en participant aux activités de GymPilPo.

MARDI de 18h45 à 19h45 – MPT Valy Hir 1 rue des Frères Goncourt Brest

MERCREDI de 9h15 à 10h15 - PL Guérin 2 rue Alexandre Ribot Brest

VENDREDI de 13h45 à 14h45 - PL Guérin 2 rue Alexandre Ribot Brest

VENDREDI de 9h00 à 10h00 - Gymnase Tissot 2 rue Cdt Tissot Brest

VENDREDI de 18h30 à 19h30 - PLM Cavale Blanche 10 rue Hegel Brest

Tarifs : 160,00 € : 1 séance/semaine inclus licence FFSPPT et assurance
 210,00 € : 2 séances/semaine

Ci-joint un chèque de _____ € à l'ordre de Gymnastique Pilates du Ponant.
Merci de ne pas agraffer votre chèque à la fiche d'inscription

Ci-joint certificat médical en date du : __/__/__

ou questionnaire de santé du : __/__/__/ à compléter au verso de la fiche d'inscription

Je reconnais avoir lu les conditions d'inscription, les statuts et le règlement intérieur

Fait à _____ le __/__/__

SIGNATURE :

Questionnaire de santé + 18 ans

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé parlez-en à votre médecin.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Nous vous recommandons fortement d'aller consulter votre médecin et de lui montrer vos réponses au questionnaire avant de commencer votre saison sportive.