SPIRALES

INSCRIPTION ENFANT

Saison 2025-2026

Ancien adhérent -15%

Photo

Date d'inscription ____ /____ /____

Prénom / Nom _____

Date de naissance ____ /____ /____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Email (obligatoire) _____ Portable _____

CHOIX DU FORFAIT Cochez le forfait et indiquez le(s) cours souhaités

1H / semaine
144,50€ au lieu de 170€
Cours souhaité (sauf pole dance)
_____

1H30 / semaine
165,75€ au lieu de 195€
Cours souhaité (sauf pole dance)
_____

POLE DANCE (1H)
170€ au lieu de 200€
Cours souhaité
_____

2H / semaine
178,50€ au lieu de 210€
Cours souhaités (sauf pole dance)
_____
_____

2H30 / semaine
212,50€ au lieu de 250€
Cours souhaités (sauf pole dance)
_____
_____

3H / semaine
238€ au lieu de 280€
Cours souhaités (sauf pole dance)
_____
_____

3H30 et +
259,25€ au lieu de 305€
Cours souhaités (sauf pole dance)
_____
_____

MODALITÉS DE PAIEMENT

MONTANT TOTAL À PAYER : _____

- ○ **En espèce** En 2 fois max : à l'inscription et fin novembre
- ○ **En coupons sport**
- ○ **En chèques vacances** _____
- ○ **En chèques :** Indiquez le titulaire du compte _____ Banque
  - ○ **En 1 fois** - Chèque débité en fin septembre
  - ○ **En 2 fois sans frais** (divisez le montant de votre forfait par 2) - Chèques débités en fin septembre et fin novembre
  - ○ **En 3 fois sans frais** (divisez le montant de votre forfait par 3) - Chèques débités fin septembre, fin novembre et fin janvier

○ **Je bénéficie du tarif famille avec :** _____

○ **Je souhaite recevoir une facture**

PIÈCES À FOURNIR ET RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Pour que nous puissions prendre en charge votre inscription merci de joindre : **2 photos d'identité, répondre au questionnaire de santé (que vous pouvez garder) si toutes les réponses sont négatives remplir l'attestation, si il y a une réponse positive nous fournir un certificat médical.**

A noter : Un seul cours d'essai est possible. Au-delà, toute inscription ou pré-inscription est définitive et aucun remboursement ne pourra être effectué. Si la facture a été faite ou le bon CAF rempli, il n'y a aucun remboursement possible.

Le ____ /____ /____

À _____

Signature valant acceptation du règlement intérieur :

Les informations recueillies sont nécessaires à votre inscription et à la gestion des activités proposées par l'Association Spirales Ponthierry. Elles sont réservées à un usage interne et ne seront en aucun cas transmises à des tiers sans votre accord. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de vos données en nous contactant mc.familiari@spiralesponthierry.fr

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pour personne mineure ou majeure

SPIRALES

Vous êtes de sexe féminin ☐ masculin ☐ Votre âge : an

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Êtes-vous allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
Avez-vous été opéré(e) ?	☐	☐
Avez-vous beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
Avez-vous beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
Avez-vous eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
Avez-vous perdu connaissance ou êtes-vous tombé(e) sans vous souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
Avez-vous reçu un ou plusieurs chocs violents qui vous ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
Avez-vous eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
Avez-vous commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
Avez-vous arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Vous sentez-vous très fatigué(e) ?	☐	☐
Avez-vous du mal à vous endormir ou vous réveillez-vous souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sentez-vous que vous avez moins faim ? Que vous mangez moins ?	☐	☐
Vous sentez-vous triste ou inquiet(e) ?	☐	☐
Pleurez-vous plus souvent ?	☐	☐
Ressentez-vous une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que vous vous êtes faite cette année ?	☐	☐

Aujourd'hui	OUI	NON
Pensez-vous quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Pensez-vous avoir besoin de voir votre médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaitez-vous signaler quelque chose de plus concernant votre santé ?	☐	☐

Pour les mineurs : à remplir par les parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	☐	☐

REMARQUE IMPORTANTE : Le questionnaire est personnel et ne doit pas nous être donné.
Si vous avez répondu NON à toutes les questions, *remplissez et remettez-nous une attestation de santé.*
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions*, vous devez consulter un médecin pour qu'il vous examine et voie avec vous quel sport vous convient. Au moment de la visite, donnez-lui ce questionnaire rempli pour qu'il vous fournisse un certificat médical.*

SPIRALES

ATTESTATION DE SANTÉ

Pour personne mineure

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Parent/représentant légal de :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Atteste avoir complété le questionnaire de santé prévu par l'article L.231-2 du Code du sport et que toutes les réponses sont négatives.

Je reconnais que cette attestation engage ma responsabilité.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :