



INSCRIPTION ADULTE

Saison 2025-2026

Ancien adhérent -15%

Photo

Date d'inscription ____ / ____ / ____

Nom _____ Prénom _____

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)



MULTICOURS

259,25€ au lieu de 305€

Cours souhaités (sauf pole dance)



POLE DANCE

255€ au lieu de 300€

Cours souhaité :

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 :**

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pour personne mineure ou majeure



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.



ATTESTATION DE SANTÉ

Pour personne majeure

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

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 :