SPIRALES

INSCRIPTION ADULTE

Saison 2026-2027

Ancien adhérent -15%

Date d'inscription ____ /____ /____

Photo

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____ /____ /____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Email (obligatoire) _____ Portable _____

CHOIX DU FORFAIT

Cochez le forfait et indiquez le(s) cours souhaité(s)

1H / semaine	1H30 / semaine	MULTICOURS	POLE DANCE
144,50€ au lieu de 170€	165,75€ au lieu de 195€	259,25€ au lieu de 305€	255€ au lieu de 300€
Cours souhaité (sauf pole dance)	Cours souhaité (sauf pole dance)	Cours souhaités : 5 max (sauf pole dance)	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 : 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. Pour garantir une meilleure répartition des places, il n'est pas possible de réserver deux cours consécutifs de Pilates ou deux cours consécutifs de Body Sculpt. Dans le cadre du forfait multicours, le nombre de cours est limité à 5 par adhérent.

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

Association SPIRALES - 69 Avenue de Fontainebleau 77310 SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY - SIRET 35232700100033
Représentée par Marie-Claude FAMILIARI : 0676078245 / 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 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 :