



**SPIRALES**

# INSCRIPTION ENFANT

Saison 2026-2027

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 souhaité(s)



**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 :**

# 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 ?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été opéré(e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous beaucoup plus grandi que les autres années ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous beaucoup maigri ou grossi ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu la tête qui tourne pendant un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous perdu connaissance ou êtes-vous tombé(e) sans vous souvenir de ce qui s'était passé ?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous reçu un ou plusieurs chocs violents qui vous ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

OUI NON

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Vous sentez-vous très fatigué(e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous du mal à vous endormir ou vous réveillez-vous souvent dans la nuit ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentez-vous que vous avez moins faim ? Que vous mangez moins ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous triste ou inquiet(e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleurez-vous plus souvent ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressentez-vous une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que vous vous êtes faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Aujourd'hui

OUI NON

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Pensez-vous quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pensez-vous avoir besoin de voir votre médecin pour continuer le sport ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaitez-vous signaler quelque chose de plus concernant votre santé ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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 ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 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 :