



Gym'v Jardin Anglais

72 allée du jardin anglais 93340 Le Raincy

Inscription aux cours -Saison 2018/2019

Merci de remplir en lettres MAJUSCULES

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone Portable _____ Fixe _____

Adresse Mail _____

Sexe

Homme	Femme
-------	-------

 Adhérent 2017-2018

OUI	NON
-----	-----

Cochez la case de votre choix

	Mod.1	Mod. 2	Mod.3	Mod.4	Mod. 1+2	Mod. 1+3	Mod. 2+3	Mod. 1+2+3
	Fitness (Cardio, Bien-être)	Pilates	Marche Nordique	Sport Santé	Fitness + Pilates	Fitness + MN	Pilates + MN	Fitness + Pilates + MN
Raincéen	200	265	174	200	320	260	330	380
Non Rainc.	220	285		220	340	280	350	400

MN : choix 2 j. maxi

Mardi Modéré

Mercredi Adapté

Jeudi Soutenu

Samedi Sportif

Samedi Modéré

Dimanche Mod./sout.

Montant réglé : Espèces / chèques/ chèques vacances

Je souhaite souscrire à l'Assurance complémentaire MAIF IA+ sport (+ 16€ à l'ordre de Gym'v) (compléter l' imprimé)	OUI	NON
Je souhaite une attestation de paiement pour mon Comité d'Entreprise (envoi par mail)	OUI	NON
Droit à l'image, je donne mon autorisation pour la publication des photos ou j'apparais	OUI	NON

J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement intérieur accessible sur le site GYM V

OUI

Date et signature précédées de la mention "lu et approuvé" (Nom et signature d'un parent si mineur)

Le _____

Certificat médical : OUI / NON

Adhérent 2017-2018 sans certificat médical :

Remplir le questionnaire santé (au verso)

QUESTIONNAIRE DE SANTE
Arrêté en date du 20 avril 2017 (JO du 4 mai 2017)

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <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.) ? | <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"/> |

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Mme/M.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions, lors de la demande de renouvellement de son adhésion auprès de l'Association GYM'V JARDIN ANGLAIS.

Date et Signature

« Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.
Vous atteste, simplement avoir répondu NON à toutes les questions.

« **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Un certificat médical est obligatoire.**
Consultez un médecin en lui présentant ce questionnaire »