

FICHE D'INSCRIPTION ENERGYMOVE

NOM PRENOM:

CODE POSTAL – VILLE :

CONTACTS MAIL / TEL :

DATE D'INSCRIPTION :

- ☐ Forfait annuel
- ☐ Forfait semestriel
- ☐ Forfait mensuel
- ☐ Carte de 10 entrées (plein tarif)
- ☐ Carte de 10 entrées (tarif réduit : étudiants, RSA, chômage – justificatif à montrer en salle)
- ☐ Cours d'essai

TRESORERIE :

- ☐ Chèque
- ☐ Espèces
- ☐ HelloAsso

- ☐ Demande d'attestation d'inscription pour mutuelle / Comite Entreprise

Je certifie mon accord avec le règlement de l'association ENERGYMOVE et je dégage toute responsabilité quant à ma santé. J'ai rempli le questionnaire de santé sur https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15699.do et m'engage à fournir un certificat médical en fonction des conclusions

J'accepte d'être photographié(e) ou filmé(e), uniquement lors de prises de vue en groupe et/ou distance, et autorise l'utilisation de ces images à des fins de communication et de promotion de l'association

- ☐ OUI
- ☐ NON

SIGNATURES

Adhérent

VISA du membre EnergyMove en salle

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Si vous répondez à OUI à une ou plusieurs réponse(s), vous devrez fournir un certificat médical (de moins de 12 mois).

Les réponses formulées relèvent de la responsabilité de l'abonné.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	OUI	NON
---	-----	-----

Avez-vous eu une perte de connaissance ?	OUI	NON
--	-----	-----

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 ?	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	OUI	NON
--	-----	-----

A CE JOUR :

Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, ...) survenu durant les 12 derniers mois ?	OUI	NON
--	-----	-----

Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	OUI	NON
--	-----	-----

Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	OUI	NON
--	-----	-----