

Dossier d'inscription Saison 2024-2025



ÉTAT CIVIL :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____

COORDONNÉES :

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____

ACTIVITÉ(S) CHOISIE(S) :

- Step/LIA
- Renforcement musculaire
- Cardio-boxe COMPLET
- Pilates COMPLET
- Gym douce

INFORMATIONS PRATIQUES :

NOMBRE D'ACTIVITÉ(S)	TARIF ANNUEL
1 activité	140 €
2 activités	190 €
3 activités	210 €
4 activités	240 €

ACTIVITÉ	JOUR	HORAIRES
Step/LIA	Lundi	19h45 - 20h45
Renforcement musculaire	Lundi	20h45 - 21h45
Cardio-boxe COMPLET	Mercredi	20h - 21h
Pilates COMPLET	Mercredi	21h - 21h45
Gym douce	Jeudi	9h15 - 10h15

PAIEMENT :

Montant : _____ €

- Carte bancaire (<https://inscriptions.eatfitness.fr>)
- Chèque

J'ai lu et accepte le règlement intérieur (téléchargeable sur <https://www.eatfitness.fr/>)

Modalités de transmission du dossier :

- en main propre
- par mail : eatfitness49@gmail.com
- aux adresses postales suivantes : 25 chemin de la Bleutre OU 7 avenue Georges Clémenceau à La Tessoualle

Signature de l'adhérent

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

Je, soussigné(e), _____

- autorise
- n'autorise pas

l'association EAT FITNESS à utiliser mon image dans le cadre de ses activités. Cette autorisation est valable pour les supports suivants : photos, vidéos, affiches, dépliants, sites web et réseaux sociaux.

Cette autorisation peut être révoquée à tout moment sur simple demande écrite de ma part.

Je certifie avoir pris connaissance de l'utilisation qui sera faite de mon image et que celle-ci respecte ma vie privée. Je dégage l'association EAT FITNESS de toute responsabilité en cas d'utilisation abusive de mon image par des tiers.

Fait à _____ le _____

Nom _____

Prénom _____

Signature



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ + 18 ANS

Nom : _____ Prénom : _____

Répondez aux questions par OUI ou par NON*	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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...) survenu dans les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
* Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

VOUS AVEZ RÉPONDU « NON » À TOUTES LES QUESTIONS :

Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé, parlez-en à votre médecin.

VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Merci de nous fournir un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive.