

**Photo d’identité**

**pour les nouveaux adhérents**

**FICHE D’INSCRIPTION**

**SAISON 2019 - 2020**

❒ **Mme** ❒ **M. NOM :** ……………………………………..……….…… **PRÉNOM :** …………….……………………………………………

**ADRESSE :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DATE DE NAISSANCE :** ……………/…….………/…………………………

**Tél.** : ……………………………….………………………….. **Adresse mail :** ………………….………….…………….@..........................................

**INSCRIT(E) AU(X) COURS :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LUNDI** |  | 19h00 - 19h30 | Abdos - cuisses - fessiers | École Justin Oudin |
|  | 19h30 - 20h30 | Multifitness |
|  | 20h30 - 21h00 | Stretching |
|  | 19h15 - 20h00 | TRX® |
|  | 20h00 - 20h45 | TRX® |
| **MARDI** |  | 19h00 - 19h45 | TRX® | Gymnase Jacques Goddet |
|  |  | 19h45 - 20h30 | TRX® |
|  |  | 19h15 - 20h15 | Pilates® (horaires à confirmer) | Casemate du Fort |
|  |  | 20h15 - 21h15 | Pilates® (horaires à confirmer) |
| **MERCREDI** |  | 10h00 - 11h00 | Acti’March’® | Parc de l'île Saint- Germain |
|  | 19h30 - 20h30 | Acti’March’® | Parc Suzanne Lenglen |
| **JEUDI** |  | 19h00 - 19h45 | TRX® | Gymnase Jacques Goddet |
|  |  | 19h30 - 20h30 | Pilates® | Gymnase La Source |
|  |  | 20h30 - 21h30 | Pilates®. |
|  |  | 20h00 - 20h30 | Abdos - cuisses - fessiers | Halle Christiane Guillaume |
|  |  | 20h30 - 21h15 | Cross-Training (HIIT) |
|  |  | 20h30 - 21h30 | Multifitness |
|  |  | 21h30 - 22h00 | Stretching |
| **SAMEDI** |  | 11h45 - 12h15 | Abdos-Cuisses-Fessiers (horaires à confirmer) | Halle Christiane Guillaume |
|  | 12h15 - 13h15 | Multifitness (horaires à confirmer) |

Personne à prévenir en cas d’accident : ……………………………………………………………. N° de tél. : ………………………………………….

J’accepte que mon image soit publiée pour la promotion de l'activité d’Issy Gym Vitalité. ❒ Oui ❒ Non

**RÈGLEMENT : adhésion Issy Gym Vitalité + prise de licence FFEPGV (27 €)**

**❒ Par chèque à l’ordre d’Issy Gym Vitalité** (possibilité de payer en 1 ou 2 chèques daté(s) du jour de l’inscription (les

 montants vous seront communiqués lors de votre inscription, le 1er inclura la prise de licence). Encaissement début

 octobre et début décembre 2019.

 Chèque n° ………...………….…….. Banque : ………………….…………….……………….. Date : ……..………… Montant : …………………

 Chèque n° ………...………….…….. Banque : ………....…………………….……………….. Date : ……..………… Montant : …..……………

**❒ En espèces** le : ………… /………… /………………… (la totalité en 1 fois)

**MONTANT TOTAL DE L’INSCRIPTION : …………………… Aucun remboursement effectué en cours d’année.**

**Demande** **d’attestation** de paiement (ex : pour remboursement par un CE) : ❒ Oui ❒ Non

**Date :** ………………………………………………..

**Signature :** **Signature d’un parent pour les adhérents mineurs :**

**CERTIFICAT MÉDICAL :**

**Tout nouvel adhérent** doit présenter un certificat médical daté de moins de trois mois au jour de l’inscription.

**Pour les anciens adhérents** : si le certificat médical que vous avez fourni date de moins de 3 ans (fourni en 2017, 2018, 2019), **ET que vous pouvez répondre « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé ci-dessous, ALORS vous remplissez le certificat d’auto-évaluation (voir encadré sous le questionnaire)**.

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CERFA N° 15699\*01**

|  |
| --- |
| **Durant les 12 derniers mois :** |
| . Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |
| . Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |
| . Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |
| . Avez-vous eu une perte de connaissance ? |
| . Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l’accord du médecin ? |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |
| **A ce jour :** |
| Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorses, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ? |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |
| Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |

|  |
| --- |
| **CERTIFICAT D’AUTO-ÉVALUATION**Je soussignée (nom, prénom) …………………………………………………………………………………., atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé ci-dessus.A …………………………………………………., le …………………………………… Signature : |

**SINON, vous devez consulter un médecin pour qu’il évalue votre état de santé et remplisse le** certificat médical ci-dessous.

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

**A LA PRATIQUE DU FITNESS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTIE A****PARTIE B** | Je soussigné(e), Docteur …………………………………………………………… certifie que **NOM** : ………………………………………..……….. **PRÉNOM** : …………………………………….………….. **Age** : …………………**CONSEILS A l’ADHÉRENT** pour sa pratique :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Attestation délivrée à la demande de l’intéressé(e) et remise en mains propres.Date : ……………………………… Signature et cachet du médecin :  |