

Civilité : ☐ M., ☐ Mme **NOM D'USAGE :** **PRÉNOM**

.....

NOM DE NAISSANCE : **DATE DE NAISSANCE :**

.....

ADRESSE : **Code Postal**

..... **VILLE :**

TÉLÉPHONE : Fixe

Mobile.....

ADRESSE MAIL*

*Votre adresse mail est indispensable pour la réception de votre licence, de votre reçu fiscal et les documents de convocation pour la rentrée suivante.

Comment avez-vous connu le club des Carlines ? :

Formules : ☐ 1 séance 160 €/an, ou ☐ 2 séances 205 €/an, ou ☐ 3 séances ou plus 230 €/an

MODE DE RÈGLEMENT CHOISI (cocher la case adéquate) :

☐ 1 chèque unique, ☐ 3 chèques, ☐ Paiement en ligne par carte bancaire à [lien paiement en ligne Les Carlines](#)

☐ Virement bancaire à GYM LES CARLINES : IBAN : FR76 1027 8073 6000 0201 9360 116 , BIC : CMCIFR2A

COURS CHOISIS (cocher les cases en cohérence avec la formule choisie) : ☐ **Lundi 9h**, ☐ **Lundi 18h45**,

☐ **Mardi 9h**, ☐ **Mercredi 17h30**, ☐ **Mercredi 18h45**, ☐ **Jeudi 14h15**, ☐ **Jeudi 15h20**,

☐ **Vendredi 9h**, ☐ **Vendredi 10h30**

Note : votre réponse vous engage. si vous changez en cours d'année, il faudra en informer un membre du bureau

QUESTIONNAIRE MÉDICAL OBLIGATOIRE POUR TOUS

Ce questionnaire vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives

Merci de répondre soigneusement et honnêtement aux 6 questions suivantes. Les réponses restent confidentielles et relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- | |
|---|
| 1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique ? |
| 2) Un membre de votre famille est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? |
| 3) Vous ressentez une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ? |
| 4) Vous éprouvez des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou vous avez perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ? |
| 5) Vous prenez actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? |
| 6) Vous ressentez une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ? |

Cochez l'une des 2 cases suivantes

☐ J'ai répondu NON à toutes les questions ci-dessus et je signe l'attestation ci-dessous.

☐ J'ai répondu OUI à une ou plusieurs questions-dessus, mon état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Je dois impérativement consulter mon médecin afin qu'il m'examine et me délivre un certificat médical de non contre indication à la pratique de la gymnastique. Certificat à remettre à un membre du bureau. Le certificat médical doit dater de moins de 1 an.

ATTESTATION / DECLARATION SUR L'HONNEUR

J'atteste avoir renseigné le questionnaire de santé ci-dessus et avoir répondu NON à l'ensemble des questions.

DATE :

Signature :