



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## SAISON 2024/2025

E-mail : [fitnesswarcq@orange.fr](mailto:fitnesswarcq@orange.fr)

Tél : Sandrine 06 62 81 20 11 ou

Jo 06 82 18 37 23

### Constitution du dossier d'inscription :

L'accès aux cours ne sera possible qu'après l'inscription complète

### Pièces à fournir :

- Le Dossier d'inscription 2024-2025 (dûment rempli et signé)
- Cotisation annuelle : **150 €** (Licence Comprise)
- Cotisation Trimestrielle : **75 €** le trimestre  (du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2024) licence comprise  
**60 €** le trimestre  (du 2 janvier au 31 mars 2025) + 15 € pour la licence  
**60 €** le trimestre  (du 1<sup>er</sup> avril au 31 Aout 2025) + 15 € pour la licence
- Option Sophrologie :  **50 €** le trimestre ou  **100 €** pour l'année complète
- Questionnaire de Santé à compléter et à joindre au dossier (obligatoire pour tous)
- Certificat médical Obligatoire si réponse « OUI » à une question du questionnaire de Santé.
- Une photo d'identité (pour les nouvelles inscriptions)

### Dépôt du dossier :

Le dossier complet est à rapporter lors de la séance de préinscriptions :

Permanences Inscriptions : Lundi 8 Juillet à 18 h à 19 h 00 Salle Noblesse

Jeudi 29 Aout à 17 h 30 à 19 h 00 Salle Noblesse

Ou à envoyer sous enveloppe à l'adresse suivante : Mme SANTANGELO Jo  
Fitness Club  
15 Allée des Pins  
08000 Charleville Mézières

**Tout dossier incomplet sera refusé.**

Ce dossier est disponible en téléchargement sur le site internet du club [www.fitnesswarcq.fr](http://www.fitnesswarcq.fr)

**REPRISE DES COURS LE LUNDI 2 SEPTEMBRE 2024**

**Etat civil de l'Adhérent (e):**

**NOM :** .....**PRÉNOM :** .....

Nom de Jeune Fille .....

Né(e) le : ..... Nationalité : .....

Adresse:.....

.....

Code Postal : ..... Ville.....

Email.....

Nom de Profil Facebook :.....

Téléphone portable : ..... Téléphone fixe : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Comment avez-vous connu le club ?

Adhérent (e)       Presse       Site Internet/facebook  
 Flyers publicitaires       Décathlon       Autre : (A préciser)\_\_\_\_\_

**Santé :**

En cas de problème de santé, nous vous conseillons d'en informer vos animateurs.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom : .....Téléphone.....

**Règlement intérieur : (disponible sur le site internet)**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et je m'engage à le respecter.

Date :

Signature :

**Droit à l'image :**

J'autorise le club à me prendre en photos et à me filmer à l'occasion des activités sportives et associatives et je donne mon consentement à la reproduction et à la diffusion de mon image sur tout document relatif au club (newsletter, gazette, communiqué de presse, site internet, etc...).

Date :

Signature :

## Règlement :

Cotisation annuelle : **150 €** licence comprise

OU

Cotisation Trimestrielle : **75 €** Le trimestre (du 5/9 au 31/12/2024) licence comprise

Cotisation Trimestrielle : **60 €** Le trimestre (du 2/1 au 31/3/2025) + 15 € pour la licence \*

Cotisation Trimestrielle : **60 €** Le trimestre (du 1/4 au 31/8/2025) + 15 € pour la licence \*

- \* Si Première inscription

Sophrologie : **+ 50 €** le trimestre ou  **+ 100 €** pour l'année complète

Paiement de la cotisation :  En espèces  Par chèque\* à l'ordre du Fitness Club de Warcq

Chèque : ..... € Banque ..... N° : ..... Chèque à encaisser\* .....

Chèque : ..... € Banque ..... N° : ..... Chèque à encaisser\* .....

Chèque : ..... € Banque ..... N° : ..... Chèque à encaisser\* .....

(Règlement maxi en 3 fois sur 3 mois qui se suivent à compter de sept 2024) \*Préciser la date le 5 ou 15 du mois

Chèques vacances ..... €  **+ 10 € en espèce pour frais de Traitement**

Coupons sport ..... €  **+ 10 € en espèce pour frais de Traitement**

Chèques ACTOBI ..... €  **+ 10 € en espèce pour frais de Traitement**

\* Complété avec vos Noms et adresse

Complément : €  Chèque  Espèce

Observations : .....

## Mailing liste du club :

A l'inscription, l'adresse mail communiquée sera automatiquement intégrée à la mailing liste du club.

***Pour des raisons de responsabilités du club, ne seront admis à participer aux séances que les membres à jour de leur cotisation et ayant fourni le questionnaire de santé ou un certificat médical.***

*Article L. 231-2 du Code du sport subordonne l'obtention d'une licence sportive à la présentation d'un certificat médical.*

Date : Signature

Nom : .....

Prénom : .....

**PLANNING DES COURS : (Cocher les Cours de votre choix)**

<b>L U N D I</b>	<b>3ème RG</b>	<b>SALLE NOBLESSE</b>			<b>SALLE DES FETES</b>	<b>Mairie Annexe</b>
	Musculation accès libre	Bodysculpt* Marie Hélène	Sport Santé Justine	Bodysculpt** Sandrine	Pilates Marie Hélène	Sophrologie Maria
	12 h 15	9 h 00	17 h 15	18 h 15	18 h 15	18 h 15

<b>M A R D I</b>	<b>3ème RG*</b>	<b>SALLE NOBLESSE</b>			<b>ESPACE DES REMPARTS</b>	<b>SALLE DES FETES</b>		<b>EXTERIEUR</b>	<b>EXTERIEUR</b>
	Musculation accès libre	Stretching Marie Hélène	Yoga Mandy	Yoga Mandy	Badminton Jonathan	Cardio Fit Audrey	Well Ness Audrey	Walk Training Sandrine	Urban Training Justine
	12 h 15	12 h 15	18 h 15	19 h 15	18 h 15	18 h 15	19 h 15	18 H 15	18 h 15

<b>M E R C R E D I</b>	<b>3ème RG*</b>	<b>SALLE NOBLESSE</b>			<b>ESPACE DES REMPARTS</b>	<b>SALLE DES FETES</b>	
	Circuit Training	Full Body Yann	Bodysculpt* Marie Hélène	Stretching Marie Hélène	Circuit Training Myriam	HIT Mickael	Pilates Débutant Myriam
	12 h 15	12 H 15	18 h15	19 h 15	18 h 15	18 h 15	19 h15

<b>J E U D I</b>	<b>3ème RG*</b>	<b>SALLE NOBLESSE</b>				<b>SALLE DES FETES</b>	<b>ESPACE DES REMPARTS</b>
	Musculation accès libre	FAC Yann	Sport Santé Justine	Remise en Forme * Sandrine	Step Maryse	Pilates avec Matériel Marie Hélène	Zumba Dany
	12 H 15	12 H 15	17 h 15	18 H 15	19 H 15	18 H 15	18 H 15

Bodysculpt \* : Niveau 1 : Débutant - Intermédiaire

Bodysculpt \*\*: Niveau 2 : Intermédiaire – avancé

Walk Training : Marche active + Exercices de Renforcement musculaire

Urban Training : Course à pied + Exercices de Renforcement musculaire

HIT : High Intensity Training (Sport fractionné en haute intensité)

WELNESS : Mouvements inspirés du Tai Chi, Yoga et Pilate

FAC : Fessiers/Abdos/Cuisses

\* 3ème RG : Licence annuelle de 27,50 € à souscrire auprès de la FF défense

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS**  
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE  
DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE A LA FNSMR  
HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES\*

*Après une longue période d'arrêt, il est conseillé de demander l'accord de votre médecin pour reprendre une activité sportive.*

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 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 durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable avant 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N. B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**

**VOUS AVEZ RÉPONDU "NON"** à toutes les questions : veuillez remettre l'attestation ci-après à votre association lors de votre demande de licence (ne pas joindre le questionnaire de santé)

**VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI"** à au moins une des questions : veuillez consulter votre médecin pour qu'il vous examine et vous remette le cas échéant un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

\* **Discipline à contraintes particulières** : Alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie ; disciplines sportives pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur (à l'exception du modélisme automobile radioguidé) ; disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition (à l'exception de l'aéromodélisme) ; parachutisme ; rugby à XV, rugby à XIII et rugby à VII.

Pour la pratique de ces activités, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive est obligatoire tous les ans.

Saison 2024/2025

**Attestation santé pour les majeurs** (à remettre à son association)

Je soussigné M/Mme Prénom : ..... Nom : .....

atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé pour les majeurs FNSMR et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : ..... Signature :