



**FITNESS CLUB**

**DE WARCQ**

*Forme, Bien-Être et Bonne Humeur*

# DOSSIER D'INSCRIPTION Sophrologie

Contact : fitnesswarcq@orange.fr

Sandrine : 06 62 81 20 11 ou Jo 06 82 18 37 23

## Pièces à fournir :

- Le Dossier d'inscription 2024-2025 (dûment rempli et signé)
- Le règlement de la cotisation : 50 € le trimestre  
100 € à l'année
- Une photo d'identité (pour les nouvelles inscriptions)

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

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

## Comment avez-vous connu le club ?

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Adhérent (e)         | <input type="checkbox"/> Presse    | <input type="checkbox"/> Site Internet/facebook    |
| <input type="checkbox"/> Flyers publicitaires | <input type="checkbox"/> Décathlon | <input type="checkbox"/> Autre : (A préciser)_____ |

<b>L U N D I</b>	<b>Mairie Annexe</b>
	<b>SOPHROLOGIE avec Maria</b>
	18 h 15 -19 h 15



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT 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 d'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 inexplicquée 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.

.....

### 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 lanégative à l'ensemble des questions.

Date : ..... Signature