Fiche d'inscription aux activités de la Salsa de l'Île

☐ Pilates ☐ Gym douce ☐ Gym active ☐ Yoga

Nom :..... Prénom :.....
Date de naissance : ..... Age : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Commune : .....
Tel : ....
Mail : .....@.....

Montant total de mon/mes activité(s) : .....€
Je fournis 3 chèques de la banque :.....
n° du chèque 1 : .....Montant : .....€
n° du chèque 2 : .....Montant : .....€
n° du chèque 3 : .....Montant : .....€

☐ Je fournis un certificat médical

☐ Je fournis le questionnaire santé signé (car j'ai moins de 70 ans **et** j'ai fourni un certificat médical de moins de 3 ans)

☐ Je certifie avoir fait contrôler par un médecin mon aptitude à pratiquer une activité physique et prendre régulièrement toute précaution pour ma santé.

Je dégage donc l'Association Salsa de l'Ile de toute responsabilité en cas de problème médical ou d'accident corporel quel qu'il soit survenant lors d'une activité.

☐ J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur

Date : .....
Signature : .....

Questionnaire de santé pour les moins de 70 ans

Répondez aux questions en cochant OUI ou NON	**OUI**	**NON**
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, entorse, 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 activité sportive ?		

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, consultez un médecin pour pouvoir pratiquer l'activité choisie.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, attestez simplement ci-dessous :
- Je soussigné, nom ..... prénom..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé ci-dessous en répondant NON à chaque question, en vue de pratiquer l'activité suivante : ..... au sein de la Salsa de l'Ile.

À ..... le ..... / ..... / Signature : ----------