réservé aux responsables du club	*Certificat Médical*	*Décharge*	*MJC*	*Assurance Fédé*	*Tickets Pil restants*	*Carnet 1*	*Carnet 2*	*Carnet 3*

Fiche d'inscription – Kamaé Fitness

PHOTO
pour les nouvelles adhérent(e)s

Nom Prénom…… Date naissance : …../…../…..

Code Postal + Ville : ……Tél Port……

@ : ……

Nom et Tél de la personne à prévenir en cas d'urgence : ……

Précisez votre ou vos activité (s) : ☐ PILATES ☐ BODY FIGHT ☐ RENFO

Précisez votre ou vos jours et heure(s) d'activités: ……

☞ Pour les adhérents Pilates de la saison précédentes, précisez le nombre de vos tickets restants : ..……

Paiements à joindre avec votre feuille d'inscription : ☐ 70€ body ☐ 70€ renfo ☐ 130€ en illimité - ☐ 80€ Pilates
+ ☐ Assurance Fédération : 15€

Souhaitez-vous une attestation de paiement pour un remboursement de votre CE : ☐ Oui / ☐ Non

Etes-vous déjà adhérent.e.s à la Mjc de St Baudille : ☐ Oui / ☐ Non

Comment avez-vous connu notre club : Site internet / Flyer / Google / Bouche à oreille / Adhérent(e) depuis +sieurs années

⚠ Est-ce que je dois fournir un Certificat Médical attestant de mon aptitude à la pratique sportive ?

Nouveau / Nouvelle adhérent(e) **: OUI** Je fourni un certificat médical, qui sera archivé et valable les années suivantes.

Ancien / Ancienne adhérent(e) : Je réponds au questionnaire de santé ci-dessous et les réponses relèvent de ma responsabilité.
- Si je réponds **NON** à toutes les questions : le certificat déjà fourni l'année précédente reste valable
- Si je réponds **OUI** à 1 ou plusieurs questions : Je consulte un médecin pour fournir un nouveau certificat médical

Durant les 12 derniers mois - Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.	OUI	NON
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 ?		
Avez-vous arrêté le sport pendant 30 jrs ou + pour des raisons de santé et avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite çà un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc…) ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		

☐ Je n'ai pas de docteur – Décharge relative à la participation d'une activité sportive

En l'absence de ne pas pouvoir fournir un certificat médical. Je décharge et libère de toute responsabilité l'association « Kamaé Fitness » en cas d'accident de quelques nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception.
Je ne connais, à ce jour, aucune contre-indication et je déclare consulter et avertir un médecin de toute pathologie qui aurait un impact sur ma santé pour ma pratique sportive en cours d'année.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur qui est affiché ou sur le site internet et en accepte les conditions.
Date et Signature de l'adhérent(e) :