



# PILATES

FICHE D'INSCRIPTION  
2026/2027

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

☐ Mme ☐ M.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

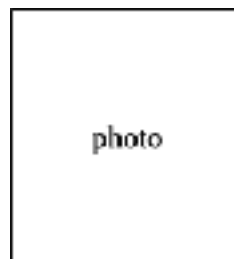
Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Profession : .....



## COURS :

| PIERREFONDS                          | TRACY-LE-MONT                        |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LUNDI 10H15 | <input type="checkbox"/> JEUDI 17H00 |
| <input type="checkbox"/> MARDI 18H20 | <input type="checkbox"/> JEUDI 18H00 |
| <input type="checkbox"/> MARDI 19H25 | <input type="checkbox"/> JEUDI 19H00 |
| <input type="checkbox"/> JEUDI 10H15 |                                      |

## REGLEMENT :

☐ FORMULE montant.....

☐ ESPECE montant.....

☐ CHEQUE montant.....n°.....

montant.....n°.....

montant.....n°.....

(Jusqu'à 3 chèques, Périodes d'encaissement Octobre/Décembre/Février)

## CERTIFICAT MEDICAL

Merci de prévoir un certificat médical de moins de 3 ans, de non contre-indication à la pratique sportive ou le questionnaire de santé de décharge (au verso).

## A PROPOS DE VOUS

Si vous le souhaitez, vous pouvez exprimer ici des situations de santé particulières, antécédents médicaux, douleurs ou difficultés à prendre en compte :

.....  
.....

Date et Signature

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 7) 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"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>                                                                                                                                     |                          |                          |

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Date et Signature