

Je suis licencié(e) dans un autre club EPGV : .....

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Adresse .....

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

Tel. ou mobile .....

Email .....@.....

**Merci de compléter les options ci-dessous et d'inscrire le montant total de votre cotisation**

**GYM 1 ACTIVITÉ | 65€**

**1 activité à choisir :**

LIA/GYM POSTURALE  STEP  RENFO  GYM DOUCE/STRETCHING

**GYM 2 ACTIVITÉS | 80€**

**2 activités à choisir :**

LIA/GYM POSTURALE  STEP  RENFO  GYM DOUCE/STRETCHING

**GYM 3 ACTIVITÉS | 105€**

**3 activités à choisir :**

LIA/GYM POSTURALE  STEP  RENFO  GYM DOUCE/STRETCHING

**PILATES | 150€**

**COMPLET**

**Session à choisir :**

JEUDI 18H-19h  JEUDI 19H-20H

**HIIT (CIRCUIT TRAINING) | 150€**

**LICENCE FFEPGV | 29€**

Total : **29€** + ..... = ..... €

Veuillez retourner ce feuillet complété, accompagné de votre règlement (chèque ou espèces) et du bulletin de santé.

### Volet à conserver par le licencié

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Beaucoup de personnes devraient augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien, et ce tous les jours de la semaine. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.

Ce questionnaire vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions: cochez Oui ou 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) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 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"/>
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>		

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

### Volet à remettre à l'association

ATTESTATION EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE À LA FFEPGV

Je soussigné M/Mme : ....., né(e) le..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

Saison 2024/2025, club Gym Volontaire Brison-St-Innocent

A ....., le ...../...../.....

Signature