

Dossier d'inscription Mineurs Saison 2025-2026



ÉTAT CIVIL :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____

COORDONNÉES :

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

Portables parents : _____ - _____

Adresse mail parents : _____ @ _____

EN CAS D'URGENCE :

Prévenir Monsieur/Madame _____

Téléphone : _____

ACTIVITÉ(S) CHOISIE(S) :

Les places sont limitées pour chaque cours. Votre adhésion est validée lorsque vous recevez un mail avec le calendrier de la saison.

- ☐ Step/LIA
- ☐ Renforcement musculaire
- ☒ Cardio boxe COMPLET

- ☒ Pilates COMPLET
- ☐ Gym douce

INFORMATIONS PRATIQUES :

NOMBRE D'ACTIVITÉ(S)	TARIF ANNUEL
1 activité	130 €
2 activités	180 €
3 activités	200 €
4 activités	230 €

ACTIVITÉ	JOUR	HORAIRES
Step/LIA	Lundi	19h45 - 20h45
Renforcement musculaire	Lundi	20h45 - 21h45
Cardio boxe	Mercredi	20h - 21h COMPLET
Pilates	Mercredi	21h - 21h45 COMPLET
Gym douce	Jeudi	9h15 - 10h15

PAIEMENT :

Montant : _____ €

☐ Carte bancaire (<https://inscriptions.eatfitness.fr>)

☐ Par chèque



☐ J'ai lu et accepte le règlement intérieur (téléchargeable sur <https://www.eatfitness.fr>)

Modalités de transmission du dossier :

- en main propre
- par mail : eatfitness49@gmail.com
- aux adresses postales suivantes : 25 chemin de la Bleutre OU 7 avenue Georges Clémenceau à La Tessoualle

Signature

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

Nous, soussigné(e)s, _____

- ☐ autorisons
- ☐ n'autorisons pas

l'association EAT FITNESS à utiliser l'image de notre enfant _____ dans le cadre de ses activités. Cette autorisation est valable pour les supports suivants : photos, vidéos, affiches, dépliants, sites web et réseaux sociaux.

Cette autorisation peut être révoquée à tout moment sur simple demande écrite de notre part.

Nous certifions avoir pris connaissance de l'utilisation qui sera faite de l'image de notre enfant et que celle-ci respecte sa vie privée. Nous dégageons l'association EAT FITNESS de toute responsabilité en cas d'utilisation abusive de l'image de notre enfant par des tiers.

Fait à _____ le _____

Nom-Prénom du/des parent(s) _____

Signature(s) du/des parent(s)



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - 18 ANS

Nom : _____ Prénom : _____

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.

En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?

Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille € une garçon € Ton âge : _____

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS	OUI	NON
1) Etes-vous allé à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
2) Avez-vous été opéré ?		
3) Avez-vous beaucoup plus grandi que les autres années ?		
4) Avez-vous beaucoup maigri ou grossi ?		
5) Avez-vous eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
6) Avez-vous perdu connaissance ou êtes-vous tombé sans vous souvenir de ce qui s'était passé ?		
7) Avez-vous reçu un ou plusieurs choc(s) violent(s) qui vous ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
8) Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
9) Avez-vous eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
10) Avez-vous eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
11) Avez-vous commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
12) Avez-vous arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
DEPUIS PLUS DE DEUX SEMAINES		
13) Vous sentez-vous très fatigué ?		

14) Avez-vous du mal à vous endormir ou vous réveillez-vous souvent dans la nuit ?		
15) Sentez-vous que vous avez moins faim ? Que vous mangez moins ?		
16) Vous sentez-vous triste ou inquiet ?		
17) Pleurez-vous souvent ?		
18) Ressentez-vous une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que vous vous êtes faite cette année ?		
AUJOURD'HUI		
19) Pensez-vous quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
20) Pensez-vous avoir besoin de voir votre médecin pour continuer le sport ?		
21) Souhaitez-vous signaler quelque chose de plus concernant votre santé ?		
A FAIRE REMPLIR PAR VOS PARENTS		
22) Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
23) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
24) Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.		

VOUS AVEZ RÉPONDU « NON » À TOUTES LES QUESTIONS :

Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé, parlez-en à votre médecin.

VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Merci de nous fournir un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive.