

# Dossier d'inscription ADULTE Saison 2026-2027



## ÉTAT CIVIL :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES :

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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.

- ☐ Pilates du LUNDI COMPLET
- ☐ Step/LIA
- ☐ Renforcement musculaire

- ☐ Cardio boxe
- ☐ Pilates du MERCREDI 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      |
|-------------------------|----------|---------------|
| Pilates                 | Lundi    | 18H45 - 19h30 |
| Step/LIA                | Lundi    | 19h30 - 20h30 |
| Renforcement musculaire | Lundi    | 20h30 - 21h30 |
| Cardio boxe             | Mercredi | 20h - 21h     |
| Pilates                 | Mercredi | 21h - 21h45   |
| 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](mailto:eatfitness49@gmail.com)
- aux adresses postales suivantes : 25 chemin de la Bleutre OU 7 avenue Georges Clémenceau à La Tessoualle

Signature de l'adhérent

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

- ☐ autorise  
☐ n'autorise pas

l'association EAT FITNESS à utiliser mon image 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 ma part.

Je certifie avoir pris connaissance de l'utilisation qui sera faite de mon image et que celle-ci respecte ma vie privée. Je dégage l'association EAT FITNESS de toute responsabilité en cas d'utilisation abusive de mon image par des tiers.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Signature



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ + 18 ANS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

| Répondez aux questions 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 ?                                                                                                                          |     |     |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                      |     |     |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                         |     |     |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                            |     |     |
| 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 ?                                                                                      |     |     |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                    |     |     |
| <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 dans les 12 derniers mois ? |     |     |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                            |     |     |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                |     |     |
| * Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié                                                                                                                                               |     |     |

### 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.