

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2024/2025

## TECHNIQUES DOUCES

- J'autorise**  
 **Je n'autorise pas**

L'association MOVE & GO Fitness à m'envoyer des informations concernant les actualités et la vie de l'association. Votre email ne sera pas divulgué à des tiers.

- Je décharge l'association MOVE & GO Fitness de toute responsabilité lors des cours de fitness.**

Je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit, auprès de l'association et de leurs membres du bureau, en particulier concernant les cas d'accident, blessure, vol, dégâts sur les biens personnels ou autres se produisant dans le cadre de la participation aux cours. Dans ce cas, j'accepte d'assumer toute obligation financière soit par mon assurance maladie soit par tout autre moyen de coût médical engagé. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement, et pour mon(mes) enfant(s), une assurance maladie/accident et responsabilité civile. Je me porte également garant(e) financière en cas de dégradation volontaire que je pourrais occasionner, ou que mon enfant pourrait occasionner durant les cours. J'autorise les encadrant(e)s à prendre toutes les mesures qui s'avèreraient nécessaires en cas d'accident survenant sur ma personne, et sur mon(mes) enfant(s), pendant les cours.

- J'autorise**  
 **Je n'autorise pas**

**à titre gracieux MOVE & GO Fitness à me prendre en photo/ vidéo, à prendre en photo/vidéo mon enfant et à utiliser mon image.** Les photographies en tant que telles ou extraites des vidéos ainsi que les films (y compris les enregistrements sonores) seront pris durant les cours. Il est entendu que les photographies et films pourront être éventuellement recadrés et montés d'une façon différente de la prise de vue initiale. Les bénéficiaires de la présente autorisation s'interdisent de procéder à une exploitation des photographies et des films qui puissent porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne photographiée et filmée dans tout contexte préjudiciable. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, j'autorise l'association MOVE & GO Fitness à fixer, reproduire, et communiquer au public les photographies et les vidéos objets de la présente autorisation pour les utilisations suivantes : vidéo et réseaux numériques (Internet). L'autorisation est valable pour la durée légale de la protection littéraire et artistique et pour autant de publications qu'il sera nécessaire à leur exploitation ou à l'exploitation de l'œuvre audiovisuelle dans laquelle les photographies et les vidéos pourront être incorporées. L'autorisation perdurera en cas de changement de mon état civil actuel.

L'association décharge toute responsabilité des visuels que vous diffuserez de votre propre chef.

- J'atteste l'exactitude des informations écrites ainsi que l'authenticité des documents fournis.**  
Si ce n'est pas le cas, l'association se dégage de toute responsabilité.

- J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement intérieur de l'association MOVE & GO Fitness**

Le..... A.....

Signature :

A remplir complètement et à donner en mains propres aux membres du bureau de l'association.

- 2 photos d'identité
- Le règlement (espèces / chèque / chèques vacances / coupons sport)

- **Pour les majeurs – de 50 ans** : le questionnaire de santé dûment rempli. Si oui à 1 des questions, un certificat médical OBLIGATOIRE.
- **Pour les + de 50 ans** : un certificat médical



**Aucun dossier incomplet ne sera accepté**

**1/ COURS (à quel(s) cour(s) pensez-vous aller le plus souvent ?)**

**Savigny s/Orge**

- Mardi 19h30-20h30 (Pilates)  
 Jeudi 20h-21h (Pilates)  
 Vendredi 18h30-19h30 (Yoga)

**Chilly Mazarin**

- Lundi 10h-11h (Pilates)  
 Mercredi 10h-11h (Pilates)  
 Vendredi 10h-11h (Pilates)

PHOTO

Prévoir tapis, cercle & fitball et brique si besoin

**2/ POUR EN SAVOIR PLUS...**

**Nouvel adhérent**

**Déjà adhérent l'an dernier**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....  
Email : .....  
Tél. : ..... Date de naissance : .....  
Problèmes de santé / Pathologies : .....  
Personne à prévenir en cas d'urgence : ..... Tél. : .....  
Facebook :  Oui  Non Instagram :  Oui  Non

**3/ FORMULE (les tarifs incluent l'adhésion annuelle à l'association de 10€)**

**6 cours/semaine – réservation obligatoire la veille**

Nouvelle Carte 10 cours 130€ (120+10€) Carte n°.....  Ancienne Carte n°.....  
 Nouvelle Carte 20 cours 210€ (200+10€) Carte n°..... Reste..... Cours le .....  
 Nouvelle Carte 30 cours 280€ (270+10€) Carte n°.....  
**135€ la 2<sup>ème</sup> carte de 30 cours achetée durant la même saison** **Paiement adhésion 10€**

**4/ REGLEMENT**

Chèque Nom sur le chèque (si différent de l'adhérent) : .....

Possibilité de paiement en 3 fois (à donner à l'inscription)

Chèque 1 : .....€ Chèque 2 : .....€ Chèque 3 : .....€

- Espèces Montant : .....€  
 Chèques vacances Montant : .....€  
 Coupons sports Montant : .....€

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

**Durant les 12 derniers mois :**

	OUI	NON
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"/>

**A ce jour :**

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"/>

**NB :** Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par le club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion.

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

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

***Si vous êtes fumeur, nous vous conseillons une consultation médicale. Si vous êtes suivi pour une pathologie chronique, avertissez votre médecin de votre pratique sportive.***

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE**

Je, soussigné Mme / M (Nom et Prénom) .....

Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de la demande d'obtention ou de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A .....

Le...../...../.....

Signature :