



BULLETIN D'INSCRIPTION - Saison sportive 2024-2025

MERCI DE VEILLER À LA LISIBILITÉ DE L'ÉCRITURE

Mme M. Nom : _____ 1^{ère} Inscription Réinscription

Prénom : _____ Né(e) le : / /

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Tél mobile * : /.....///// Courriel * : _____

***Nécessaire pour vous prévenir en cas d'imprévu** **En majuscules pour une meilleure lisibilité**

COCHER CLAIREMENT VOTRE/VOS ACTIVITÉ(S) - (Voir localisation des lieux sur document joint)

- ~~Aquagym – Piscine Mourlon Lu 11h30~~
- Aquagym – Piscine Mourlon Lu 12h30
- ~~Aquagym – Piscine T.J. Brulé Lu 13h00~~
- ~~Aquagym – Piscine St Germain Je 16h30~~
- Aquagym – Piscine St Germain Ve 18h30
- Natation – Piscine T.J. Brulé Lu 12h00
- ~~Gym douce – RCF Lu 09h15~~
- ~~Gym douce – RCF Lu 10h15~~
- ~~Gym douce – RCF Lu 11h15~~
- ~~Gym douce – Cévennes Me 10h15~~
- Gym douce – Îlot St Germain Me 12h15
- ~~Gym douce – Masseran Me 16h45~~
- Gym douce – C3B Ve 13h45
- Gym douce – C3B Ve 14h45
- Atelier Équilibre/Prévention chutes – C3B Ma 14h00
- ~~Gym douce sur chaise – Foyer Alma Ma 10h00~~
- ~~Gym douce sur chaise – Foyer Alma Ve 10h00~~
- Tai-Chi-Qi Gong – C3B Ve 14h45

- Renforcement musculaire – Îlot St Germain Lu 15h00
- Renforcement musculaire – Îlot St Germain Lu 16h00
- Renforcement musculaire – E. Anthoine Me 12h15
- Renforcement musculaire – Cévennes Ve 12h15
- Gym dynamique – Cévennes Ma 12h15
- Gym dynamique – Cévennes Me 11h15
- Gym dynamique – C3B Je 11h15
- ~~Pilates – Îlot St Germain Lu 17h00~~
- Pilates – Cévennes Ma 12h15
- Pilates – C3B Ve 11h30
- Pilates renforcé – C3B Ve 12h30
- Pilates renforcé – Masseran Ve 16h30
- Stretching Mobilité – C3B Je 10h15
- Stretching Équilibre – C3B Je 12h15
- Marche nordique intermédiaire (2h) N2 Ma 10h00
- Marche nordique dynamique (2h) N1 Je 09h30
- Marche nordique modérée (1h30) N3 Ve 10h00
(Test de niveau préalable)

A cocher obligatoirement :

J'ai lu et j'accepte les conditions générales du Règlement Intérieur de l'ASSERAP présentées sur le site www.asserap.fr, en particulier son article 11 sur la politique de protection des données personnelles rappelé dans le document Inscription-mode d'emploi ci-joint.

Je reconnais avoir pris connaissance du point Assurances présenté dans le document Inscription-mode d'emploi ci-joint.

Mon règlement	Partie réservée à l'ASSERAP
<input type="checkbox"/> Adhésion annuelle40 €	<input type="checkbox"/> Chèque de € n° :
<input type="checkbox"/> Cotisation pour 1 activité150 €	<input type="checkbox"/> Virement
<input type="checkbox"/> Activité(s) supplémentaire(s) : 80 € X = €	<input type="checkbox"/> Attestation de santé
TOTAL €	Date
<input type="checkbox"/> Par chèque à l'ordre de l'ASSERAP	<input type="checkbox"/> Certificat médical
<input type="checkbox"/> Par virement bancaire	Date
Attention ! Indiquer en référence du virement le nom de famille qui figure sur le bulletin d'inscription	
Code IBAN ASSERAP : FR76 3000 3032 9300 0372 8193 472	



asserap

Association pour l'Encouragement des Retraités à l'Activité Physique

Association Loi 1901,
créée en 1976,
entièrement gérée par
des bénévoles

QUESTIONNAIRE DE SANTE – Saison sportive 2024-2025

- À conserver : il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion à l'ASSERAP.

- Seul le volet détachable du bas de page est à nous renvoyer.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois :		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicable ?		
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 désensibilisation aux allergies) ?		
À 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 ?		
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 ?		
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.

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, il vous faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

SEUL LE VOLET CI-DESSOUS « ATTESTATION DE SANTÉ » EST À COMPLÉTER ET À ENVOYER À L'ASSERAP

Je soussigné(e), Nom Prénom

atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du « Questionnaire de Santé » (publié par l'arrêté du 20 avril 2017) lors de la demande de renouvellement de votre adhésion à l'ASSERAP.

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité.

Fait le à

Je valide cette attestation

