|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **logo-ASSERAP.png****Association pour l’Encouragement des Retraités à l’Activité Physique** **BULLETIN D’INSCRIPTION - Saison sportive 2024-2025** | Association Loi 1901, créée en 1976, entièrement gérée par des bénévoles |

**MERCI DE VEILLER À LA LISIBILITÉ DE L’ÉCRITURE**

**Mme**  **M.** **Nom :**  **1ère 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~~

⬜ Taï-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) N 2 Ma 10h00

⬜ Marche nordique dynamique (2h) N 1 Je 09h30

⬜ Marche nordique modérée (1h30) N 3 Ve 10h00

 *(Test de niveau préalable)*

**A cocher obligatoirement :**

c J’ai lu et j’accepte les conditions générales du Règlement Intérieur de l’ASSERAP présentées sur le site [www.asserap.fr](http://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** |
| c Adhésion annuelle ………………………………………..…….40 €c Cotisation pour 1 activité ………………………………....150 €c Activité(s) supplémentaire(s) : 80 € X = €  TOTAL € c Par chèque à l’ordre de l’ASSERAP c Par virement bancaire**Attention**! Indiquer en référence du virement le nom de famille qui figure sur le bulletin d’inscriptionCode IBAN ASSERAP : FR76 3000 3032 9300 0372 8193 472 | c Chèque de € n° : cVirement c Attestation de santé Date ………………………………………….  c Certificat médical Date ………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **logo-ASSERAP.png****Association pour l’Encouragement des Retraités à l’Activité Physique****QUESTIONNAIRE DE SANTE – Saison sportive 2024-2025** | Association Loi 1901, créée en 1976, entièrement gérée par des bénévoles |

*- 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**Durant les 12 derniers mois** : | OUI | NON |
| 1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une crise cardiaque ou inexpliquée ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous eu une perte de connaissance ?
 |  |  |
| 1. 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 ?
 |  |  |
| 1. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée

(hors désensibilisation aux allergies) ? |  |  |
| **À ce jour** : |  |  |
| 1. 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 ?
 |  |  |
| 1. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
 |  |  |
| 1. 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