

FICHE D'INSCRIPTION
SAISON 2023/2024

Activités gymniques / Yoga
Marche nordique / Marche nordique adaptée
140€/an

Inscriptions sur place les jours d'entraînements

Réduction de 10€ pour les adhérents justifiant d'un lien de parenté avec un autre adhérent du club.

Contacts : Sory 06 98 75 23 45 Cécile 07 67 06 85 33

Fiche d'inscription à remettre aux dirigeants de l'association Pierrefitte Multi Athlon Villetaneuse accompagné des documents suivants :

- Un certificat de non-contre-indication à la pratique de l'athlé santé.
- Le montant de la cotisation,
- La copie recto verso de la carte d'identité

Je permets à Pierrefitte Multi Athlon Villetaneuse d'utiliser son droit à l'image OUI NON

Nom : Prénom :

Homme : Femme :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :/ Portable : E-mail (en majuscule)

M/Mme souhaite pratiquer les activités athlé santé à l'entraînement au sein du club de Pierrefitte Multi Athlon Villetaneuse.

Règlement : Chèque : (à l'ordre de Pierrefitte Multi Athlon Villetaneuse)

Espèces

Chèques IKARIA

Date :

Signature :

Certificat médical annuel pour une pratique hors compétition

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné.....

Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique de la - **Marche nordique – Marche nordique adaptée - Activités gymniques - Yoga et Running** durant l'entraînement.
(Entourer les mentions utiles et rayer les autres).

RECOMMANDATIONS MEDICALES

A destination du coach athlé santé, de l'animateur Marche Nordique et ou de l'entraîneur.

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

L'appareil locomoteur :

- ❖ Colonne vertébrale :
- ❖ Membres supérieurs :
- ❖ Membres inférieurs :
- ❖ Mouvements à éviter :

L'appareil cardio-vasculaire :

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoires réalisé : OUI NON
- Si OUI, depuis combien de temps ?.....
- Besoin d'O2 : OUI NON
- Si OUI, quand ?

L'appareil neuro-sensoriel :

- 🚫 Mouvements à éviter :
- 🚫 Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

Autres précautions et/ou préconisations (liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturations en oxygène, etc...) :

.....
.....
.....
.....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Fait à : Le

Signature du médecin :

Cachet du médecin