

1 - RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal - Ville :

Date de naissance : / /

(Si mineur fournir une autorisation parentale avec signature et coordonnées du représentant légal)

Sexe : Féminin / Masculin/ Préfère ne pas répondre

Téléphone : Mail :

Contact d'urgence : Nom Téléphone :

Lien avec le participant :

Paie ment de 5 euros à régler au service jeunesse et sports (8 rue Gambetta).

2 - RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Poids (facultatif) :kg Taille (facultative) : cm

Blessures ou limitations physiques :

Pathologies ou autres contre-indications médicales :

Pratique d'autres sports :

3 - VOS OBJECTIFS

☐ Entretien

☐ Muscler / Tonifier

☐ Perte de poids

☐ Travail cardio

☐ Autres :

Les informations recueillies sur cette fiche sont destinées à la gestion des inscriptions et au suivi des activités de l'espace musculation. Elles sont conservées conformément à la réglementation en vigueur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données auprès de la commune

4 - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la pratique de la musculation.
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

Durant les 12 derniers mois :

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
☐ OUI ☐ NON
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? ☐ OUI ☐ NON
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? ☐ OUI ☐ NON
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? ☐ OUI ☐ NON
- 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 ? ☐ OUI ☐ NON
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? ☐ OUI ☐ NON
- 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 ? ☐ OUI ☐ NON
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? ☐ OUI ☐ NON
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? ☐ OUI ☐ NON

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

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Vous attestez, selon les modalités prévues par la municipalité, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'inscription à la salle de musculation de Thorigny-sur-Marne.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : vous devez fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la musculation.

Je soussigné(e), dont les renseignements personnels figurent sur la totalité de la fiche d'inscription :

- Atteste avoir répondu négativement au questionnaire de santé ☐ OUI ☐ NON
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et reconnais pratiquer l'activité sous ma responsabilité dans le respect du règlement intérieur ☐ OUI ☐ NON
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la salle de musculation et en accepter les termes ☐ OUI ☐ NON

En cas de manquement grave aux règles de fréquentation du service, la commune peut prononcer une radiation temporaire ou définitive du participant.

Thorigny-sur-Marne, le

Signature du participant (et du responsable légal si mineur)

Contacts et informations

Service des sports

Du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 14h à 17h30.

8, rue Gambetta 77400 Thorigny-sur-Marne

Tél : 06 16 07 70 04