

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024

ESPACE MUSCULATION

RENSEIGNEMENTS				
Nom:	Préno	om :		
Adresse :				
Code postal - Ville :				
Date de naissance : / /				
Sexe : ☐ Féminin ☐	Masculin			
Téléphone :	Mail			
Paiement de 5 euros à régler au servi	ce jeunesse et sports (8 rue	Gambetta).		
RENSEIGNEMENTS SPORTIFS				
Poids:kg	Taille:	cm	Âge :	
Blessures:				
Pratique d'autres sports :				
VOS OBJECTIFS				
☐ Entretien		☐ Muscler / Tonifier		
☐ Perte de poids		☐ Travail cardio		
□ Autros.				

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 inexpliqu	iée?□OUI□NON
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhab	ituel ou un malaise? □ OUI □ NON
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	\square OUI \square 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 médecin ?	repris sans l'accord d'un □ OUI □ NON
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibil	lisation aux allergies)? \Box OUI \Box NON
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème oss	seux, articulaire ou
musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derni	ers mois ? □ OUI □ NON
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	\square OUI \square NON
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?	□ OUI □ NON
modalités prévues par la municipalité, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demand musculation de Thorigny-sur-Marne. Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : vous devez fournir un certificat médical pratique de la musculation. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.	·
Je soussigné (e), dont les renseignements personnels f fiche d'inscription :	igurent sur la totalité de la
Atteste avoir répondu négativement au questionnaire de santé	□ OUI □ NON
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et dégage la municipalité de toute	es responsabilités □ OUI □ NON
Certifie avoir pris connaissance des règles du fonctionnement de salle de musculation et e	en accepter les termes
En cas de manquement grave aux règles de fréquentation du service, la commune peut prononce ou définitive du participant.	er une radiation temporaire
Thorigny-sur-Marne, le Signature du responsable	

Contacts et informations

Service des sports

Du lundi au vendredi de 10h30 à 12h30 et de 14h à 18h.

8, rue Gambetta 77400 Thorigny-sur-Marne

Tél: 01 64 02 80 76