

# FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026



<b>NOM :</b>
<b>Prénom :</b>
<b>Date de Naissance :</b>

**Photo OBLIGATOIRE**  
 (sauf si déjà fournie)

**Adresse :**

<b>Code Postal :</b>	<b>Ville :</b>
----------------------	----------------

<b>Numéro de Portable</b>	<b>Adresse mail</b>
---------------------------	---------------------

<b>Profession :</b>	
---------------------	--

**Cotisation GYM : 130 €/an** (Réduction 10% à 230€ pour 2 membres de la même famille)

**Cochez les cours** (\*Choisir 1 seul cours \*\*limité à 22 places à la SMA - inscription à la semaine)

Matin	Salle Culturelle
<input type="checkbox"/> Mardi à 11h Renfo De Gasquet <input type="checkbox"/> Jeudi à 11h Renfo Pilates	<input type="checkbox"/> Lundi 17h45 Pilates* <input type="checkbox"/> Lundi 18h55 Pilates* <input type="checkbox"/> Lundi 20h Step / Aéro Débutant <input type="checkbox"/> Lundi 20h45 Step / Aéro Confirmé
<u>Salle multi-activités</u>	<input type="checkbox"/> Mercredi 20h30 Cross Training <input type="checkbox"/> Jeudi 19h15 Danse Africaine (1) <input type="checkbox"/> Jeudi 20h30 Renfo Muscu.
<input type="checkbox"/> Mardi 20h30** Renfo muscu.	

(1) Supplément 50€ sur cotisation de base Gym ou Yaga

**Cotisation YOGA : 200 €** Réduction 10% à 360€ pour 2 membres de la même famille

<input type="checkbox"/> Mercredi de 17h30 à 18h45 : Yin Yoga	<input type="checkbox"/> Mercredi de 19h à 20h15 : Vinyasa Yoga
---	---

**Cotisation Gym + Yoga : 290 €** Réduction 10% à 520€ pour 2 membres de la même famille

**ATTESTATION de SANTE OBLIGATOIRE à remplir**

1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (A.L.D) ou d'une autre maladie chronique.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	NON
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	NON
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	NON
4) Eprenez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	NON
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	NON
6) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Si vous répondez "OUI" à une seule question, merci de fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport.

**REGLEMENT INTERIEUR**

Toute inscription engage l'adhérent à respecter le règlement intérieur, qui est disponible sur le site internet de l'association : tempogym33.wixsite.com ou sur demande par mail.

**Cadre réservé à Tempo Gym**

Merci de cocher si vous avez besoin <input type="checkbox"/> Attestation C.E.	<input type="checkbox"/> Chèques N° : (1 ou 2 chèques) N° :	Banque :  <input type="checkbox"/> VIREMENT : IBAN ASSOC. TEMPO GYM FR76 1330 6000 1123 1130 8424 368
<input type="checkbox"/> Licence faite le : _____	<input type="checkbox"/> Espèces (1 versement unique)	

*Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.*

Signature

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_