



CHAVIL' GYMNASTIQUE VOLONTAIRE

FICHE D'INSCRIPTION - SAISON 2024/2025

M. Mme

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse : Ville :

Tel : Mail :

Forfait annuel (Licence FFEPGV avec assurance de base incluse)	
Don de solidarité	
MONTANT TOTAL	

Chèque à l'ordre de Chavil'Gym Espèces Coupons ANCV Sport/Vacances Bons CCAS

Inscription au(x) cours suivant(s) (A remplir même avec PASS)

Minimum de 12 participants pour le maintien d'un cours. Pas de remboursement effectué en cours d'année quel que soit le motif.

Lundi			Mercredi		
Hatha Yoga	9h00/10h00	Dojo Halimi	Gym Vitalité	19h50/20h50	Paul Bert
Hatha Yoga	10h10/11h10	Dojo Halimi	Gym et énergie	20h50/21h50	Paul Bert
Mardi			Jeudi		
Gym douce Senior	14h30/15h30	Atrium¹	Stretching	9h15/10h15	Atrium²
Gym dynamique	18h45/19h45	Paul Bert	Happy Gym	10h30/11h30	Atrium²
Pilates dynamique	19h45/20h45	Paul Bert	Marche nordique *	14h30/16h30	Bois Chaville
Piyolates	21h00/22h00	Atrium²	Gym Vitalité	18h35/19h35	F. Buisson
Mercredi			Vendredi		
Pilates	9h00/10h00	Atrium¹	Pilates	9h00/10h00	Dojo Halimi
Stretching	10h00/11h00	Atrium¹	Happy Gym	9h00/10h00	Atrium²
Gym modérée	11h00/12h00	Atrium¹	Gym douce	10h15/11h15	J.Jaures¹
Aisance mouvement	11h15/12h15	Dojo Halimi	Acti'March	18h30/19h30	J.Jaures³
Pilates dynamique	18h35/19h35	F. Buisson	Samedi		
Pilates	20h00/21h00	Dojo Halimi	Gym dynamique	8h45/9h45	J.Jaures²
Stretching	21h00/22h00	Dojo Halimi	Gym dynamique	9h50/10h50	J.Jaures²
Mercredi			Dimanche		
Hatha Yoga	9h00/10h00	Dojo Halimi	Bungy Pump	12h15/13h30	Bois Chaville
Gym douce	10h10/11h10	Dojo Halimi	Dimanche		
Gym Vitalité	18h45/19h45	Paul Bert	Marche nordique 1*	9h00/11h00	Bois Chaville
			Marche nordique 2*	11h00/12h30	Bois Chaville

Atrium¹ = Salle Maurice Béjart Atrium² = Salle Tchaïkovski

J.Jaures¹ = Salle polyvalente 1° étage J.Jaures² = Gymnase Léo Lagrange J.Jaures³ = Piste d'athlétisme

* Marche nordique tous les 15 j selon calendrier avec intensité: 1= soutenue 2= modérée

Personne à prévenir en cas d'accident : **N° tél.**

Demande d'attestation pour remboursement (ex par C.E...):

J'accepte que mon image soit publiée pour la promotion de l'activité de Chavil'Gym :

Date :

Signature :

Signature d'un parent pour les adhérents mineurs (acceptés à partir de 16 ans) :

CERTIFICAT MEDICAL

Depuis septembre 2022, tous les licenciés, anciens ou nouveaux, doivent remplir un **questionnaire de santé** et attester auprès du club **que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative**. A défaut, ils sont tenus de produire un certificat médical de moins de 6 mois précisant l'absence de contre-indication à la pratique du sport (modèle présenté en bas de page ou papier libre).

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

- | |
|--|
| 1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique |
| 2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? |
| 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 ? |
| 4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ? |
| 5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? |
| 6) 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 ? |

Je soussigné(e), (nom, prénom)

Atteste avoir répondu NEGATIVEMENT à toutes les questions du questionnaire de santé.

Ale.....Signature.....

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE VOLONTAIRE

PARTIE A Je, soussigné(e), Docteur, certifie que
NOM : **Prénom :** **Age :**.....
ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la FFEPGV.

PARTIE B **CONSEILS A L'ADHERENT** pour sa pratique :

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

Attestation délivrée à la demande de l'intéressé(e) et remise en mains propres.

Date :

Signature et cachet du médecin :