



BULLETIN D'INSCRIPTION SOPHROLOGIE

SAISON 2022/2023

NOM : PRENOM :

Date de Naissance : SEXE : M. : F. :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél fixe : Tél Port. :

@mail : (attention aux . - _)

COTISATIONS 2022-2023

130 € les 10 séances -licence PREMIUM FSASPTT

Mercredi Salle ASPTT (derrière Décathlon)

RESPONSABLE Mme ANDRÉ Nathalie

Règlement par chèque libellé à l'ordre de l'ASPTT Chartres

CERTIFICAT MEDICAL

- Obligatoire pour toute nouvelle adhésion
- Tous les trois ans pour les autres

- Je déclare ne pas avoir répondu « OUI » à au moins une question du questionnaire joint, auquel cas je n'ai pas à fournir de certificat médical.
- J'autorise l'association à publier des photos dans la presse et sur le site internet du club sur lesquelles j'apparaîtrais.

(Mention "lu et approuvé" DATE et SIGNATURE)

Envoi des documents : le dossier complet et le règlement sont à adresser à : ASPTT CHARTRES 4, rue Jean PERRIN 28300 MAINVILLIERS

Consultez régulièrement votre site : <http://chartres.asptt.com/>

Questionnaire de santé "QS – SPORT"

«Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive ».

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
Dans votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous senti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous arrêté votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>