



FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2025-2026

Nom :	Prénom :
Né(e) le :	à
Adresse complète :	
Tél. portable :	
Personne à contacter en cas de problème :	
EMAIL (obligatoire) :	@

MARCHE NORDIQUE

inscription 1 séance Marche Nordique/ semaine (34 séances)				130€ l'année	
ACTIVITES				DUREE	LIEUX
MARCHE NORDIQUE		MARDI	12h30	1h	MORCHENE
		MERCREDI	14h30	1h30	ORLEANS SUD

RENFORCEMENT MUSCULAIRE (maximum 3 personnes en salle privée sur St Jean Le Blanc) :

inscription 1 séance renforcement musculaire / semaine : cf prévisionnel	22€/ séance	
inscription 2 séances renforcement musculaire / semaine : cf prévisionnel	17€/ séance	
inscription cours particulier	me contacter	
RENFORCEMENT MUSCULAIRE	créneaux à la carte	

Paiement : chèque(s) libellé(s) à l'ordre de Damien GOUVEIA EI ou par virement bancaire :

IBAN : FR76 1480 60000 0770 0835 8045 684 code SWIFT : AGRIFRPP848

Certificat médical : il est valable pour une durée de 3 saisons.

L'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (ci-joint)

et attester d'une réponse négative à toutes les questions

Je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et atteste avoir répondu non à toutes les questions.

☐

En cas contraire vous devrez fournir un nouveau certificat médical

Je refuse l'utilisation de toutes images me concernant à des fins strictes de promotion des cours proposés

☐

signature :

☎ : 06 15 26 37 67


E-mail : damien@dgcoach.fr

<http://dgcoach.fr>

4 allée des lilas 45650 Saint Jean le blanc

N° SIRET : 49119190400037

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom :	Prénom :	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliqué ?			
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?			
Avez-vous eu un épisode de respirations sifflante (asthme) ?			
Avez-vous eu une perte de connaissance ?			
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 ?			
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?			
A ce jour, 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 dans les 12 derniers mois ?			
A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?			
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?			
 Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.			

NB : Les réponses formulées relèvent de la responsabilité du client.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir

Si vous avez répondu OUI à une des questions : « Certificat médical à fournir datant de moins d'1 an »