



Carine Orlando

PILATES - SPORTS ADAPTÉS - COACHING PERSONNALISÉ

FEUILLE D'INSCRIPTION PILATES Personnel Hôpital SAISON 2025/2026

INFORMATIONS PERSONNELLES

Noms.....Prénoms.....

Date de naissance.....Âge.....

Nationalité.....

Adresse.....

Tel.....email.....

Personne à prévenir en cas d'urgence et n° de tel

.....

Problème(s) de santé et Traitements en cas d'urgence

.....

.....

Joindre un **Certificat Médical OBLIGATOIRE** pour la non contre-indication à la pratique du Pilates (valable 3 ans) si non remis, Rédiger et Signer une Attestation sur l'honneur.

COTISATIONS : (hors vacances scolaires)

*165€ (30 séances) Possibilité de payer en 3 fois : 1^{er} trimestre 55 €/2^{ème} trimestre 55€ / 3^{ème} trimestre 55€

PAR AILLEURS, (barrer la mention inutile)

J'autorise / Je n'autorise pas Carine Orlando à utiliser mon image dans le cadre des activités (magazine municipal, site internet, journaux, réseaux sociaux etc....)

CONTACT : 06 68 26 97 49

coach.carine.orlando@gmail.com

Aucun remboursement n'est possible

DATE & SIGNATURE



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

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* | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Durant les 12 derniers mois | | |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A ce jour | | |
| 7) 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.