

Activités Sport-santé



FICHE D'INSCRIPTION

Nom, prénom:

Adresse :

CP : Ville :

Mail : Tél. :

Date de naissance :

J'autorise la prise de vue : ☐ OUI ☐ NON

Un bilan de compétences, réalisé par la Maison du Sport Santé, est requis et devra être inclus dans votre dossier d'inscription.

Activités : 50 € les 10 séances

Mardi : Marche Nordique - 14h à 16h Départ : à définir	Jeudi : Renforcement musculaire - 10h30 à 11h30 Départ : Espace Cadel
<input type="checkbox"/> 16 septembre 2025 <input type="checkbox"/> 23 septembre 2025 <input type="checkbox"/> 30 septembre 2025 <input type="checkbox"/> 07 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 14 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 21 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 28 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 04 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 18 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 25 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 02 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 09 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 16 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 23 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 30 décembre 2025	<input type="checkbox"/> 18 septembre 2025 <input type="checkbox"/> 25 septembre 2025 <input type="checkbox"/> 02 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 09 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 16 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 23 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 30 octobre 2025 <input type="checkbox"/> 06 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 13 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 20 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 27 novembre 2025 <input type="checkbox"/> 04 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 11 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 18 décembre 2025 <input type="checkbox"/> 26 décembre 2025

Renseignements sanitaires :

Médecin traitant : Tél. :

Problèmes particuliers (asthmes, épilepsie, allergie...) :

Je suis informé(e) que la pratique des activités dans le cadre du sport santé comporte des risques.

J'atteste que je suis dans un état de santé compatible avec ces activités.

J'autorise :

☐ l'encadrant de l'activité à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident (prise en charge et intervention des services médicaux).

Date :

Signature précédée de « Lu et approuvée » :