



Association Présence Bien-Être Gouvieux

Fiche d'inscription

2025-2026

Mettre une croix dans l'activité choisie. Si plusieurs activités, ENTOURER celle qui reçoit la cotisation

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Biodanza > | Pascal Coupé | <input type="checkbox"/> Fascias Stretch > | Christa Marti |
| <input type="checkbox"/> Peinture Bien-être > | Sylvie Robic | <input type="checkbox"/> Pilates > | Martine Maudet |
| <input type="checkbox"/> Qi Gong > | Veronika Duboille | <input type="checkbox"/> Sophrologie-Méditation > | Martine Brieau |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi Chuan > | Matthieu Nolin | <input type="checkbox"/> Tarot > | Martine Brieau |
| <input type="checkbox"/> Voyage Sonore > | Nathalie & Alain | <input type="checkbox"/> Yoga Intégral > | Alain Terreau |
| <input type="checkbox"/> Yoga-Relaxation-Méditation > | Florence Nancy | <input type="checkbox"/> Yoga/Vinyasa/Yin/Hatha > | Sophia Laurent |

Nom-Prénom :

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Tél : Date de Naissance :

Courriel : >>>>>

>>>> ☐ Je suis intéressé(e) par la newsletter par mail.

- ☐ Je reconnais avoir rempli le **questionnaire de santé**.
- ☐ J'ai répondu NON à toutes les questions, je n'ai donc pas de certificat médical à fournir pour m'inscrire. Ou.....
- ☐ Je fournis un certificat médical de non-contre-indication à l'activité choisie.

- ☐ J'autorise l'utilisation de mon image (photos, vidéos...) par l'Association sur ses supports de communication.
- ☒ L'association s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données, soient conformes au Règlement Général Sur La protection des Données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés.

Pièces obligatoires

- * 1 chèque de **20€** (30€/couple ou famille): adhésion, à l'ordre de **PRÉSENCE BIEN-ÊTRE**.
- * trim.1 > **168€**, trim.2 > **120€**, trim.3 > **132€** à l'ordre de **PASCAL COUPÉ**
- * Pack « Découverte Plus » (pour indécis au démarrage) > **60€** comprenant la séance découverte + 3 séances consécutives. Attention, ces 4 séances sont à prendre dans les 4 semaines (Ce forfait est déductible d'un abonnement trimestriel pris par la suite).

Tarifs réduits : Un budget serré ne doit pas être un frein à une pratique régulière, parlons-en !

*Chèques non remboursables, sauf cas de force majeure.

Date :

Signature de l'Adhérent :

* L'association ne collecte pas ce document qui est à l'usage exclusif et confidentiel de l'adhérent.



Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer une activité corporelle proposée par l'Association.

Avertissement : Ce questionnaire est rempli sous votre seule et entière responsabilité, il doit donc être correctement complété.

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
* Quelqu'un dans votre famille est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations (le cœur bat trop vite ou irrégulièrement), un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avez-vous eu un épisode de respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avez-vous eu une perte de connaissance, des convulsions, des difficultés à la marche, des troubles de l'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Cette année avez-vous arrêté l'activité à cause d'un problème et/ou d'une opération et/ou d'une hospitalisation pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Vous sentez vous fatigué, et/ou avez-vous perdu l'appétit et/ou avez-vous beaucoup maigri et/ou avez-vous beaucoup grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avez-vous cette année, débuté un traitement régulier prescrit par le médecin (hors contraception) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avez-vous eu une/des fractures, une luxation ou une tendinite ces trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Avez-vous un doute sur vos réponses et pensez vous avoir besoin d'un avis médical pour débiter ou poursuivre la pratique de l'activité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous pouvez adhérer à l'Association et pratiquer l'activité en lien avec ce questionnaire.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Consulter votre médecin puis, demandez-lui un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'activité concernée.