



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

Biodanza >

Peinture Bien-être >

Qi Gong >

Tai Chi Chuan >

Voyage Sonore >

Yoga-Relaxation-Méditation > Florence Nancy

Pascal Coupé

Sylvie Robic

Veronika Duboille

Matthieu Nolin

Nathalie & Alain

Florence Nancy

Fascias Stretch>

Pilates >

Sophrologie-Méditation >

Tarot >

Yoga Intégral >

Yoga/Vinyasa/Yin/Hatha > Sophia Laurent

Christa Marti

Martine Maudet

Martine Brieau

Martine Brieau

Alain Terreau

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 maigrir 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 débuter 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.