



REPRENDRE LE CONTROLE PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE

Présentation

Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse complète		
Téléphone		
Mail		

Cotisation (NON REMBOURSABLE*):

1 à 3 séances /semaine (assurance + cours)

Cochez	Forfait Social Club	Cochez	Forfait domicile/extérieur
<input type="checkbox"/>	Forfait A = 500€/ an (50€/mois)	<input type="checkbox"/>	Forfait 1 = 150€/ mois (19€/séance)
<input type="checkbox"/>	Forfait B = 360€/an (30€/mois)	<input type="checkbox"/>	Forfait 2= 100€/mois (25€/séance)
<input type="checkbox"/>	Forfait C = 260€/an (22€/mois)	<input type="checkbox"/>	Séance individuel unitaire= 30€
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Séance groupe 2>5 pers= 20€/personne +6 personnes = 15€/personne

Moyen de paiement

Prélèvement	Chèques	Espèces
Un prélèvement mensuel automatique suite au don d'un RIB	payer au nombre de mois pris dans l'abonnement (chèques donné a l'inscription)	Espèces en une fois contre reçu
Agrafer le RIB	1) Chèque n°montant :€ 2) Chèque n°montant :€ 3) Chèque n°montant :€ 4) Chèque n°montant :€ 5) Chèque n°montant :€ 6) Chèque n°montant :€ 7) Chèque n°montant :€ 8) Chèque n°montant :€ 9) Chèque n°montant :€ 10) Chèque n°montant :€	Espèces : € Reçu n°

Personnes à contacter en cas d'accident :

Nom	
Prénom	
Lien de parenté	
Téléphone	



REPRENDRE LE CONTROLE PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MOINS DE 18 ANS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur autorise mon fils, ma fille à pratiquer les activités proposé au sein de l'Association RECAP et de participer aux événements extérieur avec le responsable du club.

(Rayer la mention en trop)

J'autorise / Je n'autorise pas à transporter mon enfant lors de changement de lieu d'activité.

J'autorise / Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la fin de chaque activité qu'il pratique

J'autorise / Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul en cas d'annulation du cours.

Si l'enfant n'est pas autorisé à rentrer seul = Indiquer ci-dessous les coordonnées de la personne autorisée à prendre l'enfant :

Nom et Prénom : Téléphone :

Adresse :

Ajouter la mention manuscrite

« Lu et approuvé »

Signature

DROIT A L'IMAGE

(Rayer la mention en trop)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

autorise / n'autorise pas le club RECAP : Reprendre le contrôle avec l'activité physique à photographier ou filmer, transmettre, diffuser, reproduire les photos ou film de mon enfant ou moi-même dans le cadre de la promotion sportive : Plaque, Journaux, Affiches, Video, Site internet à titre individuel ou en groupe.

Cette autorisation vaut à toutes fins, même commerciales, par tous modes connus ou inconnus à ce jour, au titre de la promotion du Fitness dans le cadre de l'Association RECAP et pour une durée indéterminée à partir de ce jour. Cette autorisation est donnée à titre gratuit.

Ajouter la mention manuscrite

« Lu et approuvé »

Signature



REPRENDRE LE CONTROLE PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE

CERTIFICAT MEDICAL POUR PRATIQUANT SANS PATHOLOGIE

Je soussigné(e) Docteur.....
certifie que Mr / Mme ne
présente aucune contre indication apparente à la
pratique de séance de Renforcement et de Fitness.

Fait à Le

Cachet et signature du Médecin



REPRENDRE LE CONTRÔLE PAR L'ACTIVITÉ

CERTIFICAT MEDICAL POUR PRATIQUANT AVEC PATHOLOGIE

Je soussigné(e) Docteur..... certifie n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'activité physique adaptée proposée à Mr / Mme et atteste travailler en partenariat avec l'Association RECAP pour faire un suivi régulier de son état de santé.

La/le pratiquant(e) NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes :

<input type="radio"/> Marcher	<input type="radio"/> Courir	<input type="radio"/> Sauter	<input type="radio"/> Mettre la tête en arrière	<input type="radio"/> Lancer
<input type="radio"/> Tirer	<input type="radio"/> Pousser	<input type="radio"/> Porter	<input type="radio"/> S'allonger au sol	<input type="radio"/> Se relever du sol

Elle/il NE DOIT PAS réaliser les actions suivantes :

<input type="radio"/> Endurance (long et peu intense)	<input type="radio"/> Vitesse (Bref et intense)	<input type="radio"/> Résistance
---	---	-------------------------------------

Elle/il NE DOIT PAS solliciter les articulations suivantes :

<input type="radio"/> Rachis	<input type="radio"/> Hanche	<input type="radio"/> Genoux
<input type="radio"/> Cheville	<input type="radio"/> Epaules	<input type="radio"/> Autres :

Ses mouvements sont limités en terme de :

<input type="radio"/> Amplitude	<input type="radio"/> Vitesse	<input type="radio"/> Charge	<input type="radio"/> Posture
------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Autres aménagement souhaitables :

- Adaptation du temps de récupération
- Favoriser les activités physiques avec un déplacement limité et/ou dans l'axe

Autres précautions ou préconisations :

Fait à

Le

Cachet et signature du Médecin