

## Association Pêle-Mêle Sports et Loisirs

### Sport-Santé saison 2024-2025

#### • RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Nom:.....Prénom :.....

Date naissance: ...../...../.....Âge :.....

Adresse: .....

.....

CP.....VILLE :.....

N°portable :.....

N°fixe :.....

Adresseemail :.....@.....

Médecin traitant :.....

Tél Médecin traitant :.....

#### • TARIFS SAISON SPORTIVE 2024-2025 :

	1 Activité Pas de remise	2 activités 5% de remise	3 activités 10% de remise
Tarif annuel	92.00€	175.00€	250.00€
Tarif trimestriel	32.50€	62.00€	87.50€
Adhésion annuel obligatoire	7.50€	7.50€	7.50€

Toute inscription doit être accompagnée d'un certificat médical de non contre-indication complété dans le carnet de suivi Sport-Santé en indiquant les symptômes et pathologies.

## Nos programmes sport-santé

#### • Gym Ludique Sport-Santé. (Cocher le ou les cours concernés).



**Rannée** le lundi de 14h30 à 15h30 à la salle polyvalente.



**La Guerche de Bretagne** le mardi de 13h30 à 14h30 à la salle de fitness du complexe sportif Sportva.



**La Guerche de Bretagne** le mardi de 14h30 à 15h30 à la salle de fitness du complexe sportif Sportva.



**Louvigné de Bais** le vendredi de 10h00 à 11h00 dans la salle du haut de la salle des sports.



**Bais** le vendredi de 14h30 à 15h30 dans la salle du haut de la salle des sports.

#### • Gym douce Sport-Santé. (Cocher le ou les cours concernés).



**La Guerche de Bretagne** le lundi soir de 20h30 à 21h30 dans la salle de gymnastique du complexe sportif Sportva.



**La Guerche de Bretagne** le vendredi matin de 10h00 à 11h00 dans le DOJO du complexe sportif Sportva.

#### • Marche Active Sport-Santé. (Cocher le ou les cours concernés).



**La Guerche de Bretagne** le jeudi de 14h30 à 15h30 de septembre à novembre au stade de football de la Guerche de Bretagne.



**Moutiers** le jeudi de 14h30 à 15h30 de janvier à mars à la salle de musculation de la salle des sports.



**Bais** le jeudi de 14h30 à 15h30 d'avril à juin au Crapa.

# Votre certificat médical

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'activité physique et/ou sportive dans les disciplines souhaitées : (Cocher la case correspondante à l'activité).

Marche Active    Gym Ludique    Gym Douce

■ **Types de mouvements limités en :**

amplitude  vitesse  charge  posture

■ **Types d'effort limités sur le plan :**

musculaire  articulaire  cardio-vasculaire  respiratoire

■ **Capacités à l'effort limitées en :**

endurance  résistance  vitesse

■ **Capacités incompatibles avec :**

le milieu aquatique  des conditions atmosphériques particulières

autre : .....

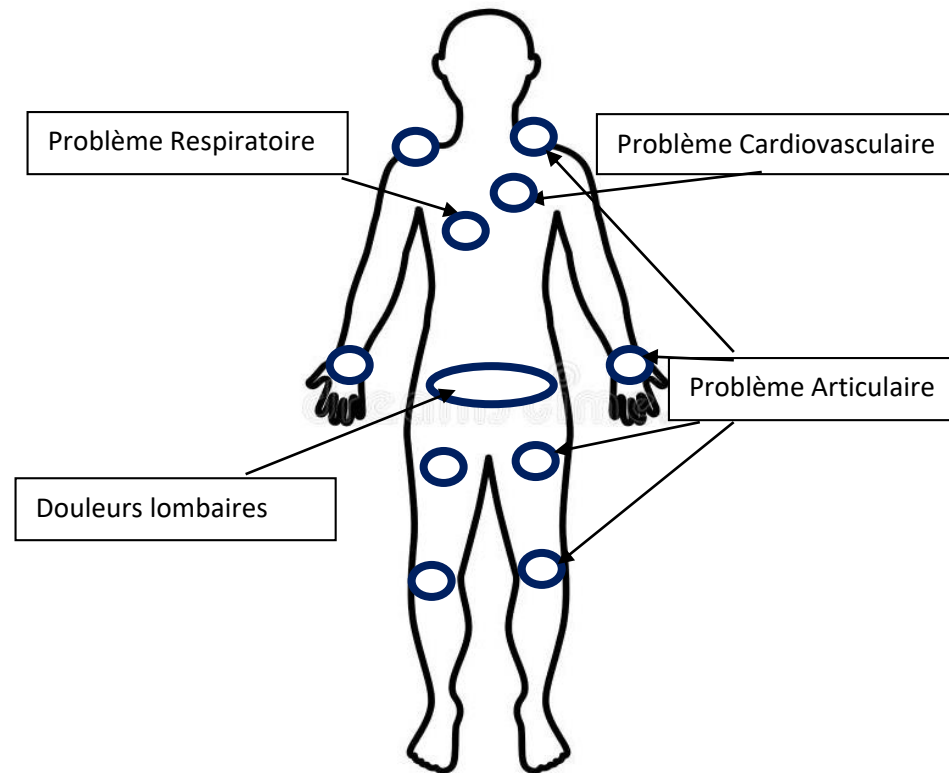
Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Valable pour une durée d'un an à compter de ce jour.

Fait à : le :

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin



**Quel est votre principal problème physique ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Douleur ou gêne à signaler :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....