



19 avenue du Razès, 11 150 BRAM
06 03 84 14 06

lapatriotebram@gmail.com

DOSSIER INSCRIPTION ADULTES SAISON 2025 / 2026

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Numéro téléphone portable :

Adresse mail (en majuscules) :

Si vous n'avez pas d'adresse mail, les informations seront disponibles sur le tableau d'affichage ou auprès du professeur.

Pour s'inscrire, les documents suivants sont OBLIGATOIRES :

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ☐ Certificat médical précisant le(s) cours suivi(s)
(Dans le cas où le dernier certificat médical transmis a plus de 3 ans)
- ☐ Questionnaire de santé + attestation CERFA n°15699*01 complétés et signés (transmis dans ce dossier)
- ☐ Liste des cours choisis dûment complétée (transmise dans ce dossier)
- ☐ 180 € en règlement de l'adhésion à l'année (en chèques, chèques vacances ou espèces)
Merci de noter au dos des chèques « ADULTES » et le nom de l'adhérent(e).
Possibilité de paiement en 3 chèques de 60€/60€/60€ encaissés début octobre, novembre et décembre.

L'adhésion à l'association ne sera effective qu'**après remise du dossier complet**, au plus tard le 15 octobre 2025.
Je certifie avoir lu, j'accepte et je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'association La Patriote.

A :

Le :

Signature :

Cadre réservé à l'association (ne pas compléter)		
Présence assurance RC	☐ oui	
Présence questionnaire santé + attestation	☐ oui	
Présence certificat médical	☐ oui	☐ pas de besoin (ancien ≥ 2023)
Règlement intérieur signé	☐ oui	
Liste des cours choisis renseignée	☐ oui	
Présence paiement	☐ oui	chèque n° :
		ANCV :
		espèces :
Dossier complet	☐ oui	
Saisie assoconnect faite	☐ oui	le, par
Saisie gmail faite	☐ oui	le, par

LISTE DES COURS SAISON 2025/2026

Merci de cocher les cours que vous souhaitez suivre.

Date de **début** des cours : **lundi 8 septembre 2025**

Date de **fin** des cours : **mardi 30 juin 2026**

Pendant les vacances scolaires, les cours sont assurés la première semaine des vacances (sauf pour les vacances de Noël où il n'y a pas de cours).

Nom : Prénom :

LUNDI :

- ☐ 9h15 - 10h15 **Renforcement musculaire varié** avec Jennifer
- ☐ 10h15 - 11h15 **Gym d'entretien** avec Jennifer
- ☐ 12h15 - 13h15 **Renforcement musculaire général** avec Bella
- ☐ 19h00 - 19h45 **CAF** (Cuisses – Abdos – Fessiers) avec Latifa
- ☐ 19h45 - 20h30 **Circuit Training** avec Latifa
- ☐ 20h30 - 21h15 **Stretching** avec Latifa

MARDI :

- ☐ 18h30 - 19h15 **Zumba** (*Espace Idéal*) avec Bella
- ☐ 19h30 - 20h30 **Pilates** débutant avec Bella
- ☐ 20h30-21h30 **Pilates** avancé avec Bella

MERCREDI :

- ☐ 9h30-11h00 **Yoga Energie** (*salle de danse*) avec Michèle
- ☐ 12h15-13h15 **Activa Freestyle** avec Latifa
- ☐ 18h30 - 19h15 **Renforcement musculaire général** avec Kader
- ☐ 19h15 - 20h00 **Circuit Training** avec Kader
- ☐ 20h00 - 20h45 **Gym douce** avec Kader

JEUDI :

- ☐ 19h15-20h45 **Yoga Energie** avec Michèle

VENDREDI :

- ☐ 9h30 - 10h30 **Renforcement musculaire varié** avec Bella
- ☐ 10h30 - 11h30 **Gym douce** avec Bella
- ☐ 12h15 - 13h15 **Fractionné** avec Bella

(Sous réserve de modifications)



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA
DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE**

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

Je, soussigné Mme / Mr (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal)
..... certifie avoir répondu NON à toutes les questions du
formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A

Le/...../.....

Signature :

