

IDENTITE

date 1^{ère} séance / /

paiement

NOM* : Né(e)* : / / à
 PRENOM* : Sexe* : M ☐ F ☐
 Adresse* : CP* : VILLE* :
 Téléphone portable* : Email* : @
 Taille : Poids :

CERTIFICAT MEDICAL

*informations obligatoires

Je soussigné, Dr certifie que l'adhérent(e), identifié(e) ci-dessus, est apte à pratiquer une Activité Physique Adaptée (APA) dispensée par un Enseignant en APA. Celui-ci pourra établir un Bilan Complet de la condition physique de l'adhérent(e) dans le respect de ses compétences afin d'assurer un suivi.

L'adhérent(e) présente (cochez les cases correspondantes) :

☐ les **ALD** (Affections de Longue Durée) suivantes :
 (Sport sur Ordonnance relatif au Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016)

☐ les **Pathologies** et/ou les **Maladies** suivantes :

☐ les **Contre-Indications** suivantes :
☐ **Balnéothérapie** (accès adapté, température 32,5°C) ☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas
☐ **Autres**

☐ les **Objectifs** suivants :
☐ **Réentraînement à l'Effort Global**
☐ **Réadaptation Cardio-Respiratoire**
☐ **Renforcement Musculaire Adapté**
 ☐ GLOBAL
 ☐ MS (Membres Supérieurs)
 ☐ MI (Membres Inférieurs)
 ☐ TRONC
☐ **Equilibre** (statique / dynamique)
☐ **Coordination**
☐ **Souplesse**
☐ **Autres**

Date de l'examen : / /
 à

Signature et cachet

RESPONSABILITES

En cas d'urgence

Personnes à prévenir :

Nom - Prénom : Lien avec l'adhérent : Tél portable :

Nom - Prénom : Lien avec l'adhérent : Tél portable :

J'autorise l'enseignant en APA à prévenir le médecin, les secours et à faire transporter mon enfant ou moi-même vers l'hôpital le plus proche.

Autorisation de sortie pour les mineurs

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas mon enfant à partir seul après les séances.

En cas de refus de ma part, je m'engage à fournir à l'association APA la liste des personnes habilitées à venir chercher mon enfant. Dans ce cas, j'autorise mon enfant à attendre à l'accueil principal et je décharge l'association APA de toute responsabilité après la fin des séances.

Droit à l'image

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas l'association à prendre des photos ou vidéos de mon enfant ou de moi-même lors des séances et à les diffuser sur les réseaux sociaux de l'association APA ou tout autre support de communication.

Utilisation des données

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas l'association à utiliser mes données tout en préservant mon anonymat.

Risques

Je reconnais avoir conscience des possibles risques liés à la pratique de l'activité physique adaptée, je les accepte et ne pourrai en aucune manière tenir l'association APA responsable des accidents survenus dans le cadre de la pratique normale de l'activité.

Règlement Intérieur

Membre de l'association APA, j'ai eu connaissance de son règlement intérieur, je l'approuve et je m'y soumetts.

MODALITES DE PAIEMENT

Le montant de la **cotisation** pour la saison est à régler dans la **globalité** lors de l'**inscription**.

Un **remboursement** peut être accordé à partir de la date de la demande faite par mail sur **assoapa.inscription@gmail.com**. Cette demande **libère** automatiquement le **créneau** jusqu'à la fin de saison.

Nous acceptons différents moyens de paiement tels que les *Espèces*, le *Wero*, les *Chèques Bancaires*, les *Virements*, les *Tickets Loisirs* de la MSA et de la CAF et *Chèques-Vacances* ANCV.

Il y a possibilité de régler en plusieurs fois (3X, 6X ou 10X sans frais) par chèques bancaires (remis lors de l'inscription et encaissés chaque mois) ou virements (mettre vos nom et prénom pour justifier le paiement).

Certains Comités d'Entreprise ou certaines Mutuelles et assurances personnelles peuvent participer à votre adhésion dans le cas d'une ALD ou d'une maladie chronique, renseignez-vous. Une copie de ce certificat et une attestation de paiement vous seront demandées (*pensez à faire une copie du recto de ce document*).

Une séance d'essai est possible à condition d'avoir un certificat médical d'aptitude à l'APA (recto ou autre).

POUR COMMENCER

Laissez-nous un message au **06 31 04 59 75** ou sur **assoapa.inscription@gmail.com**, nous vous recontacterons afin de déterminer les modalités de votre prise en charge.

Fournir **IMPERATIVEMENT** :

- la **Fiche de Renseignements complétée et signée** par le **Médecin** et par **vous-même**
- le **Paiement Complet**

Venez avec une tenue dans laquelle vous êtes à l'aise avec chaussures propres, une bouteille et une serviette.

Date : / /

Nom et Prénom de l'adhérent(e) ou de son (sa) représentant(e) légal(e) en cas de mineur(e) :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



Scannez ici pour plus d'informations

