

SALLE POLYVALENTE DU BAS MAISON DES SERVICES 9 RUE DE JESUS 25530 VERCEL



ATELIER EQUILIBRE POUR SENIORS

*Permet de prévenir des chutes
Aide à maintenir son autonomie*

Chaque mardi

du 16 septembre
2025

au 13 janvier 2026

de 15h30 à 16h30

| | |
|-------------------|---|
| Nom | |
| Prénom | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> F - <input type="checkbox"/> M |
| Date de naissance |/...../..... |
| N° et Rue | |
| Code postal | |
| Commune | |
| N° téléphone | |
| Courriel * | |

(*) : Important pour pouvoir transmettre des informations, écrire lisiblement.

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE SI +3 ANS SINON REMPLIR LA FICHE AU DOS

CHEQUE DE 24 EUROS à l'ordre de GYM VOLONTAIRE 25/90

Pour 14 heures de cours dans la saison hors vacances scolaires et jours fériés avec Laurence CURIE

Démarrage le 16 septembre 2025 jusqu'au 13 janvier 2026

Minimum de 8 personnes, maximum 12 personnes

Le cours ne pourra pas démarrer si nous n'avons pas l'effectif requis.

Les cours commencés, ne seront pas remboursés.

Dossier d'inscription à renvoyer le plus rapidement possible à l'adresse ci-dessous ou à remettre à l'animatrice afin de faciliter la gestion administrative et le bon démarrage de l'activité avec l'effectif requis.



Remplir obligatoirement la fiche au dos

Questionnaire de santé EPGV pour le sportif majeur

Volet à conserver par le licencié

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Beaucoup de personnes devraient augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien, et ce tous les jours de la semaine. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.

Ce questionnaire vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

| S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions: cochez Oui ou Non | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié | | |

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

Volet à remettre à l'association

ATTESTATION EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE À LA FFEPGV
Je soussigné M/Mme :, né(e) le..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.
Saison 2024/2025, Club EPGV.....(Nom du club à compléter)
A, le/...../... ..
Signature