

Fiche d'inscription asso. TAICHI QI GONG GERS

Contact Marie Calero 06.83.87.49.91

mail : taichiqigonggers@gmail.com Site : www.taichi-auch.fr

Nom et prénom :

Date de naissance (pour licence) :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

TARIFS : Possibilité de payer en plusieurs fois sans frais supplémentaire

QI GONG 205 € ou tarif chômeur & RSA **175 €**

➔ Ce tarif donne accès à 2 cours par semaine

TAICHI 245 € ou tarif chômeur & RSA **210 €**

➔ Ce tarif donne accès à 2 cours de Taichi **et** 1 cours de Qi Gong par semaine

LIEUX : Gymnase Carnot (salle du bas) au 4 Rue Viala à Auch ➔ les matinées et le jeudi soir

Salle Saint Martin rue du Général de Gaulle à Auch ➔ le mercredi soir

Jours	Horaires			
	10h-11h	11h-12h	18h-19h	19h-20H
Lundi	Qi Gong <input type="checkbox"/>	Taichi Confirmés <input type="checkbox"/>		
Mercredi	Qi Gong <input type="checkbox"/>	Taichi débutants <input type="checkbox"/>	Taichi Confirmés <input type="checkbox"/>	Taichi style CHEN <input type="checkbox"/>
Jeudi			Qi Gong <input type="checkbox"/>	Taichi débutants <input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE : Comment avez-vous connu l'association ?

Foire du sport Internet la lucarne flyers amis autres

DROIT A L'IMAGE :

Autorisation de photographié(e) pour alimenter notre site internet.

OUI NON

SIGNATURE

Questionnaire de santé

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 inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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