

Cours de Gym Tonique hebdomadaire-Bourgneuf

Animatrice	Graziella REVERAND	Téléphone	06 60 67 33 82
Association	Mosaïque des Vivants	56, Rue Michel Jandet 73390 Chamoux sur Gelon	Mail : mosaiquedesvivants@outlook.fr
Numéro SIRET	93298440400016	Numéro association	W732011556
Diplôme	CQP ALS AGEE (Animateur Loisir Sportif option Activités Gymniques d’Entretien et d’Expression) Centre de formation : Fédération Sport pour Tous.		
Les cours			
Lieu	Salle multiactivité intercommunale-Le Clozet, 73390 Bourgneuf.		
Jour	Les lundis de 19h50 à 20h40 – 50 minutes (Hors vacances scolaires)		
Tarifs 2026-2027			
1^{er} trimestre : 12 cours Du 14 septembre au 14 décembre 2026	2eme trimestre : 10 cours Du 4 janvier au 22 mars 2027	3eme trimestre : 8 cours Du 5 avril au 28 juin 2027	
Cours d’essai	Offert		
Abonnement au trimestre	10 euros le cours		
Soit 120 euros	Soit 110 euros	Soit 80 euros	
Abonnement à l’année	30 cours	240 euros soit 8€ la séance	
→ Possibilité de régler en 3 fois en début de chaque trimestre ou autre échelonnement. → Arrangement de paiement possible : l’aspect financier ne doit pas être un frein pour pratiquer.			
Assurance			
L’animatrice		Le participant	
L’animatrice Graziella REVERAND, dispose d’une assurance multirisque association.		Le participant doit disposer d’une assurance corporelle personnelle.	



Bulletin d'inscription année 2026-2027 – Cours de Gym tonique Bourgneuf

→ Remplir le questionnaire de santé en parallèle et remettre l'attestation sur l'honneur.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu d'habitation :

Téléphone :

Mail :

► Je vous invite à me partager tout renseignement que vous jugez utile de me partager, cela peut-être d'ordre médical, votre situation de vie etc...Je vous garantis la confidentialité.

.....

.....

.....

Personne de confiance à contacter si besoin (nom-prénom-téléphone) :

.....

Je déclare sur l'honneur disposer d'une assurance corporelle personnelle.

A....., le..../..../.... **Signature :**

Questionnaire de santé pour la pratique sportive majeur

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 :

OUI

NON

cochez Oui ou 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		
2	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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?		
4	Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?		
5	Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
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 ?		

→ 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 l'animatrice Graziella REVERAND.

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 l'animatrice Graziella REVERAND. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.



→ **Partie à remettre par le participant.e à l'animatrice Graziella REVERAND**

Attestation sur l'honneur questionnaire de santé 2026-2027 Cours de Gym tonique Bourgneuf

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.

A....., le...../...../..... **Signature :**