



BULLETIN D'INSCRIPTION 2025-2026

NOUVELLE ADHERENTE

date : / /

NOM, Prénom _____ Portable _____

Ville _____ Email _____ @ _____ (MAJUSCULE)

VOTRE BULLETIN DOIT ETRE COMPLET POUR COMMENCER LES COURS. LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DOIT ETRE REMPLI INTÉGRALEMENT ET SIGNÉ SI VOUS AVEZ UNE RÉPONSE POSITIVE, IL VOUS FAUDRA UN CERTIFICAT MEDICAL POUR COMMENCER LES COURS.

INFO : LE PILATES et le RENFO ne peuvent pas être pratiqués deux fois par semaine de façon que tout le monde puisse s'inscrire. (Sauf demandes particulières)

Je coche mon tarif selon le nombre de cours choisi :

Cours (ZUMBA, RENFO, YOGA POWER, CARDIOGYM) hors PILATES

1 cours 93€ 2 cours 133€ 3 cours 153€

Cours avec PILATES

PILATES 123€ PILATES +2 cours 183€

PILATES + 1 cours 163€ PILATES + 3 cours 203€

Je gagne 10€ parrainant un(e) nouveau(elle) adhérent(e).

Je parraine : NOM _____ Prénom _____

Cochez le ou le(s) cours choisis

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
SALLE POLYVALENTE	DOJO- COMPLEXE SPORTIVE	DOJO – COMPLEXE SPORTIVE	DOJO – COMPLEXE SPORTIVE
18H45 - 19H45 <input type="checkbox"/> ZUMBA	18H00 - 18H45 <input type="checkbox"/> PILATES INTERMEDIAIRE	17h55 - 18H40 <input type="checkbox"/> PILATES DEBUTANT	17H40 – 18H25 FITNESS BIEN-ETRE
	18H50 - 19H35 <input type="checkbox"/> PILATES INTERMEDIAIRE	18h45 - 19H45 <input type="checkbox"/> CARDIO GYM	18h30 - 19H15 <input type="checkbox"/> RENFO
	19H40 - 20H25 <input type="checkbox"/> RENFO		19H15 - 20H00 <input type="checkbox"/> PILATES DEBUTANT
	20H30 - 21H30 <input type="checkbox"/> YOGA POWER		

JE SOUHAITE REGLER EN 3 FOIS (15/10/25 - 15/12/25 - 15/02/26)



RÉGLEMENT INTÉRIEUR

L'AGYT propose aux enfants de moins de 18 ans de pratiquer gratuitement le cours de ZUMBA le lundi à 18h45. Ils devront être accompagnés d'un adulte.

Les cours (ZUMBA, YOGA POWER, FITNESS et CARDIOGYM) sont interchangeables.

Si vous ne pouvez pas venir à l'un des cours auxquels vous êtes inscrit(e), vous pouvez venir à une autre séance. Cependant, dans l'intérêt de tous, nous vous demandons de

respecter le nombre de séances pour lequel vous avez adhéré.

Les cours de PILATES et RENFO, ne sont pas interchangeables.

Toute demande particulière doit être envoyée par mail à l'adresse suivante : agyt86@gmail.com.

NOTRE PROFESSEUR NE GÈRE PAS NI LES INSCRIPTIONS NI L'ADMINISTRATIF.

Il est impératif de vous munir de chaussures de sport propres, uniquement réservées à l'usage des cours afin de respecter la propreté des salles qui nous sont mises à disposition gratuitement. Un tapis de sol (et/ou une grande serviette) est nécessaire. Pour votre confort, pensez à apporter une bouteille d'eau et une serviette.

Les chèques sport, chèques vacances ne sont plus acceptés.

Pour diverses raisons, un remboursement de cotisation ne pourra pas dépasser 50% de celle-ci.

Fait à _____

Le _____

Pris connaissance et accepté »

Signature

DROIT À L'IMAGE (adultes et mineurs)	AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)
Je soussigné (père/mère/tuteur) : autorise à titre gratuit l'association AGYT à publier et diffuser les photos/vidéos de moi ou (mon enfant), Nom, Prénom : prises au cours de la saison 2025-2026 . Fait à Le Signature :	Je soussigné (père/mère/tuteur) : autorise mon enfant Nom, Prénom : à pratiquer la ZUMBA proposée par l' AGYT , pour la saison 2025-2026 . Fait à Le Signature :

LISTE DES DOCUMENTS A REMETTRE IMPERATIVEMENT (Tout dossier incomplet ne pourra pas être validé, pensez à tout signer)

- Le règlement intérieur daté et signé (ci-dessus)
- Le « Droit à l'image » rempli, daté et signé (ci-dessus)
- L'Autorisation parentale pour les mineurs remplie, datée et signée (ci-dessus)
- Le règlement intégral par chèque à l'ordre de l'association AGYT
- Attestation de cotisation pour employeur à télécharger sur le site www.agyt86.fr

Informations, dossier et attestation employeur à télécharger sur www.agyt86.fr

Dossier à remettre complet lors de la journée des associations ou à envoyer à :

Christelle BERTRAND - 616 route de la vallée des touches - 86550 MIGNALOUX BEAUVOIR

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

SAISON 2025 - 2026



Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour vous inscrire dans notre association

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 ?	<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 du licencié.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, 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.

Nom, Prénom :

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____