

CARDIO OXYGÈNE — FICHE D'ADHÉSION

Saison 2026 / 2027 — Marche Nordique & Sport Santé

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM :

SEXE : ☐ Masculin ☐ Féminin

PRÉNOM :

TÉLÉPHONE FIXE :

DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

ADRESSE MAIL (en majuscules) :

2. PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM DE LA PERSONNE :

TÉLÉPHONE :

LIEN DE PARENTÉ :

3. INFORMATIONS & ENGAGEMENTS

- ☐ Je m'engage à avoir en ma possession une assurance responsabilité civile personnelle.
- ☐ Les séances se dérouleront du 31 août 2026 au 3 juillet 2027 (hors congés scolaires).

4. DOCUMENTS À TRANSMETTRE & RÈGLEMENT (150 €)

- **Questionnaire de santé** : À consulter au **verso de cette feuille** (à titre indicatif).
- **Certificat médical** : Requis *uniquement* si vous avez répondu « Oui » à au moins une question du questionnaire. Sinon, l'attestation ci-dessous suffit.
- **Le dossier complet est à transmettre en début de séance sous 15 jours.**

- ☐ **Paiement en 1 fois** : Un chèque de cotisation d'un montant de **150 €** à l'ordre de **cardio oxygène**.
- ☐ **Paiement en 2 fois** : Deux chèques de cotisation (75 € chacun) à l'ordre de **cardio oxygène**, tous les deux à remettre à l'inscription (le 2^{ème} chèque sera encaissé en janvier 2027).

5. ATTESTATION SUR L'HONNEUR (SI PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL)

Je soussigné(e), M. / Mme
Certifie avoir consulté le questionnaire de santé au dos et atteste avoir répondu **par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à :

Le : / / 2027

Signature :

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (À TITRE INDICATIF)

Règlementation Sport-Santé — Ne pas rendre ce questionnaire rempli

Ce questionnaire vous permet de vérifier si vous devez consulter un médecin avant de pratiquer la marche nordique. Il est strictement personnel et ne doit pas nous être restitué (seule l'attestation signée au recto est à nous transmettre).

1. Durant les 12 derniers mois, avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine lors d'un effort ?

☐ OUI ☐ NON

2. Avez-vous perdu connaissance ou chuté en raison de vertiges au cours des 12 derniers mois ?

☐ OUI ☐ NON

3. Présentez-vous un essoufflement inhabituel après un effort léger ou lors de la montée d'un étage ?

☐ OUI ☐ NON

4. Avez-vous ressenti une douleur inhabituelle au niveau de la poitrine, du cou, des mâchoires ou des bras lors d'un effort ?

☐ OUI ☐ NON

5. Connaissez-vous une perte d'équilibre suite à des vertiges, ou souffrez-vous d'épilepsie ?

☐ OUI ☐ NON

6. Avez-vous un problème de santé actuel (articulaire, osseux, musculaire, cardiaque, respiratoire...) pouvant être aggravé par le sport ?

☐ OUI ☐ NON

7. Prenez-vous des médicaments prescrits pour un problème cardiaque ou de tension artérielle ?

☐ OUI ☐ NON

**RAPPEL : Si vous avez répondu « OUI » à au moins une question, un certificat médical est requis.
Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, signez simplement l'attestation au recto.**