



NOM _____ PRENOM _____

TEL _____ EMAIL _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

STAGE FEVRIER 2027 (vacances d'hiver)	TARIFS	A DEDUIRE*
Au CENTRE SPORTIF DE L'AUBE – Rue du Lac – 10140 MESNIL SAINT-PERE en pension complète, et chambre individuelle (<i>avec supplément</i>) Du mardi 9 février à 14H30 au dimanche 14 février 2027 à 14H00 (5 nuits/5 petits déjeuners/5 déjeuners/5 dîners) DE 9H00 A 12H00 : MEDITATION – QIGONG – AUTO-MASSAGE DE 14H00 A 17H00 : TAIJI QUAN style WUDANG III DE 17H00 A 18H00 (facultatif) : REVISION DES PRATIQUES DE LA JOURNEE – ENTRAINEMENT PERSONNEL		
Pratique du stage complet (participation >= 3 stages : -5% ; >= 5 stages : -10 %)	☐ 400 €	☐ 20 € ☐ 40 €
Pratique par demi-journées (participation >= 3 stages : -5% ; >= 5 stages : -10 %)	☐ 350 €	☐ 17,50 € ☐ 35 €
Participation au stage sans hébergement, avec repas du midi	☐ 250 €	
Adhésion obligatoire à l'Association – Assurance MAIF (de septembre à août)	☐ 20 €	
Hébergement en chambre individuelle	☐ 80 €	
TOTAL : avec les déductions s'il y a lieu		
ACOMPTE : à l'inscription (non remboursable à un mois du début du stage)	100 €	
SOLDE : à verser au plus tard 21 jours avant le début du stage		

Je fournis le **certificat médical** d'aptitude à la pratique des arts martiaux internes et des arts énergétiques **OU**

J'**atteste sur l'honneur** être apte à la pratique des arts martiaux internes et énergétiques
(questionnaire à remplir pour signer l'attestation sur l'honneur – ne pas joindre à la fiche d'inscription)

Signature :

Régime végétarien ☐ Régime particulier (joindre une ordonnance) ☐

J'autorise l'Association à me prendre en photos et/ou à me filmer et à les diffuser sur son site

☐ OUI ☐ NON

Fait à _____ le _____ Signature _____

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

■ Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom :Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À 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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)