



FICHE D'INSCRIPTION

SPORT SANTE

*NE PAS REMPLIR : PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE

ACTIVITÉ AQUATIQUE :	JOUR : HEURE :
ACTIVITÉ GYMNIQUE :	JOUR : HEURE :

NOM : PRÉNOM :

Né(e)le : à :

Adresse :

C.Postal : Ville :

Tél. Dom : 0262/ GSM : 0692/.....
0693/.....

E-Mail @ :

J'autorise le Service de la Promotion de la Santé à utiliser mon courriel pour diffuser des informations concernant le service.

L'inscription aux Activités Adultes Municipales entraîne l'acceptation de la Charte de bon déroulement .

Fait à Sainte Marie le : Signature :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES : Remplir la fiche d'inscription ci-dessus

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités
- aquatiques, gymniques et sportives +PASS SANITAIRE à jour
- Attestation d'assurance de Responsabilité Civile datée de 2021 à votre Nom et Prénom.
- Grande enveloppe A4 (marron) timbrée et libellée à votre adresse.
- 2 Photos d'identité .
- Un justificatif de domicile à votre Nom et Prénom (facture eau/ EDF de moins de 3 mois).

QUESTIONNAIRE DU SPORT SANTÉ



Nom :	Vous étiez inscrit au programme : <input type="radio"/> Santéo Prévention o Bien-être <input type="radio"/> Je suis nouvel adhérent
Prénom :	
Age :	Moyen de transport : Voiture / A pieds / Bus / Vélo
Homme / Femme	
Sainte Marie / Date:...../...../ Médecin traitant :	

1) Êtes-vous rapidement essoufflé dans vos actions du quotidien ?	OUI	NON
2) Des médicaments vous sont-ils prescrits pour contrôler ?	OUI	NON
Si oui entourez : Tension hyper / hypo Diabète T1 / T2 Cholestérol		

3) Calculer votre IMC (indice de masse corporelle) en effectuant le calcul suivant :

Poids (en kg) L'IMC, donnée scientifique reconnue par l'OMS

_____ Taille x Taille (en m) = (d'un état de santé. organisme mondiale de la santé) est un indicateur

4) Avez-vous des problèmes : osseux / articulaires / tendineux (Si oui entourez) ?	OUI	NON
Précisez : Cervicales / Dos / Épaules / Hanches / Genoux / Chevilles		
Précisions supplémentaires (ex : arthrose, prothèse, opération, etc...) :		

5) Est-ce qu'il vous est difficile de rester plus de 2 minutes dans les positions suivantes ?	OUI	NON
Si oui, entourez : Assis en tailleur Accroupi Sur les genoux		
Penché tête en bas Allongé sur le dos Allongé sur le Ventre		

6) Est-ce qu'il vous est difficile d'effectuer les actions suivantes ?	OUI	NON	Si oui entourez
: S'asseoir au sol et se relever S'allonger et se redresser			
Marcher plus de 20 minutes Monter 30 marches			

7) Pensez-vous à d'autres informations qui pourraient nous aider à vous orienter vers les activités ?

.....

Pour les questions 1 à 4, évaluez sur 10 (0 = Mauvais ; 10 = Excellent) :

1) Comment estimez-vous votre condition physique générale = souplesse, tonicité musculaire, endurance (ex : capacité à faire de la marche longtemps) ? / 10

2) Comment estimez-vous la qualité de votre sommeil ? / 10

3) Comment estimez-vous votre niveau de stress (0=très stressé, 10=pas du tout) ? / 10

4) Comment estimez-vous votre moral ? / 10

5) En général vous estimez-vous plutôt comme une personne active?	OUI / Moyennement / Pas du tout
6) Actuellement pratiquez-vous une activité physique régulière ?	OUI NON
Si oui, la ou lesquelles :	
7) Par le passé, quelle(s) activité(s) physique(s) avez-vous pratiqué ?	

8) Actuellement, travaillez-vous ?	OUI	NON
Si oui, votre travail s'effectue : Debout / Assis / En déplacement / Avec port de charges		

- 9) En général, arrivez-vous à atteindre les objectifs que vous vous fixez ? Jamais / Rarement / Souvent / Toujours
- 10) Combien d'activités par semaine votre rythme de vie et/ou votre motivation vous permettent-ils d'assurer toute la saison ? 1 / 2 / 3 / 4 11) Votre démarche est-elle ? Personnelle / Sur envoi du médecin

Ne pas remplir !!! : BIEN-ÊTRE PRÉVENTION SANTÉ