



ÉCOLE MULTISPORTS BORDEAUX BASTIDE 2025-2026

FICHE D'INSCRIPTION ADULTE

- ☐ CREATION
☐ RENOUELEMENT

GROUPE :

- ☐ G4 ☐ G9

INFORMATIONS :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TELEPHONE : _____

E-MAIL : _____

MERCI DE NOUS PRECISER VOTRE MOYEN DE DEPLACEMENT :

- ☐ BUS-TRAMWAY
☐ VOITURE
☐ VELO
☐ DEUX-ROUES MOTORISES
☐ A PIEDS

☐ J'autorise les encadrants de l'EMS à me prendre en photo et/ou vidéo afin de les utiliser sur les supports de communication du club sans limitation de durée.

PIECES A JOINDRE :

- Questionnaire santé
- Responsabilité civile
- Règlement 130€ ☐ chèque ☐ espèces

Date :

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ADULTE

ÉCOLE MULTISPORTS

(À REMETTRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION)



CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR PERMETTRE VOTRE PARTICIPATION AUX SÉANCES.
IL EST CONFIDENTIEL ET RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE ENCADRANTE.

NOM / PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

NUMÉRO À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

MÉDECIN TRAITANT (NOM ET TÉLÉPHONE) :

Merci de cocher OUI ou NON pour chaque question !

SI VOUS COCHEZ **OUI** À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS, MERCI DE CONSULTER VOTRE
MÉDECIN TRAITANT AFIN QU'IL PUISSE VOUS DÉLIVRER UN CERTIFICAT MÉDICAL
D'APTITUDE À LA PRATIQUE DU MULTISPORTS.

QUESTIONS	OUI	NON
Votre enfant a-t-il été hospitalisé ou opéré ces 12 derniers mois ?	☐	☐
Présentez-vous une maladie chronique ou un suivi médical régulier ?	☐	☐
Avez-vous déjà ressenti des malaises, vertiges ou pertes de connaissance à l'effort ?	☐	☐
Avez-vous déjà ressenti des douleurs thoraciques ou des palpitations à l'effort ?	☐	☐
Êtes-vous asthmatique ou sujet(te) à des troubles respiratoires ?	☐	☐
Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux régulier ?	☐	☐
Avez-vous des allergies connues (alimentaires, médicamenteuses, piqûres, etc.) ?	☐	☐
Avez-vous déjà subi une blessure sérieuse (fracture, entorse, chirurgie articulaire...) ?	☐	☐
Présentez-vous un trouble ou un handicap à prendre en compte (TSA, TDAH, DYS, etc.) ?	☐	☐
Avez-vous une contre-indication médicale connue à la pratique du sport ?	☐	☐

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des
informations fournies ci-dessus et m'engage à prévenir les encadrants en cas de
changement concernant mon état de santé durant l'année.

Fait à :

Le :

Signature :