|  |  |
| --- | --- |
| VOTRE LOGO | VOTRE NOM  VOS COORDONNÉES |

BULLETIN D’INSCRIPTION - ANNEE

1. A remplir par le professionnel habilité à encadrer l’activité physique adaptée :

|  |  |
| --- | --- |
| Professionnel encadrant | Votre Prénom et Nom |
| Titre professionnel | Votre titre professionnel |
| Activité physique adaptée | Type d’activité physique adaptée (ex : Pilates) |

|  |  |
| --- | --- |
| Type d’activité | Individuelle / Collective (entourez) |
| Durée de l’activité | En heures ou minutes |
| Fréquence de l’activité | Par semaine |
| Lieu de l’activité | Adresse de vos locaux |

1. A remplir par le patient (tous les champs svp)

|  |
| --- |
| □ Féminin / □ Masculin  Age : ……………… Mineur(e), demandez un courrier des parents.  □ Je dispose d’une prescription médicale / □ Je dispose d’un certificat de non contre-indication.  Nom du médecin traitant : …………………………………………………………………………………………………  Nom d’usage : ……………………………………………… Prénom : ……………………………………………………..  Né(e) le : ……………………………………… À (ville/pays) ……………………………………….……………………….  N° de Sécurité sociale : ………………………………………………………………………………………………………..  Adresse du domicile : ……………………………………..…………………………………………………………………..  Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ / Ville : ……………………………………………………………………….…………………….  Téléphone : ………….………….………...……. Email : …………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tarifs | Règlement |
| □ Par cours ………………………..  □ Carte de 10 …………………….  □ Mensuel : ……………………….  □ Annuel : …………………………. | □ Non réglé  □ Réglé en totalité par …………….le …………  □ Réglé en partialité par ………….. le …………  Montant dû : ………….. pour le …………. |

Date d’émission du bulletin : ..…/……/………..

Signature :