

Formulaire d'inscription

Identification du participant - COWANSVILLE

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Tél : _____ Courriel : _____

Adresse : _____

Qui contacter en urgence ? : _____ Tél : _____

Choix de cours

Mardi

- ☐ Équilibre-Action - Mardi 9h20
☐ Tonus-Équilibre - Mardi 10h30

Jeudi

- ☐ Équilibre-Action - Jeudi 9h20
☐ Tonus-Équilibre - Jeudi 10h30

Paielement

Tarifs

- ☐ 1X/sem : 220\$ ☐ 2X/sem : 420 \$

Modalité de paiement

- ☐ Argent comptant ☐ Chèque (# _____)

Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP)

Encerclez la réponse qui représente votre situation

- | | | |
|-----|-----|--|
| OUI | NON | Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin? |
| OUI | NON | Ressentez-vous une douleur à la poitrine <u>lorsque vous faites de l'activité physique?</u> |
| OUI | NON | Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine <u>au repos</u> (lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique) ? |
| OUI | NON | Éprouvez-vous des <u>étourdissements provoquant des problèmes d'équilibre</u> ou vous arrive-t-il de perdre connaissance? |
| OUI | NON | Des médicaments vous sont-ils prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque? |
| OUI | NON | Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique? Précisez : _____ |

Mon état de santé actuel

Avez-vous été référé(e)?

Nom de la personne qui vous a référée : _____

Session de l'Automne 2026

15 semaines

Du 8 septembre au 17 décembre 2026

Veuillez prévoir : des **souliers d'intérieur propres**, une bouteille d'eau et des vêtements adaptés à l'activité physique que vous avez choisi.

Termes et conditions de services

En signant ce contrat, **le participant** :

1. **Confirme** avoir lu, compris et accepté l'intégralité des **Termes et conditions de services** ainsi que la **Politique de confidentialité** disponibles à l'adresse :
www.cowansville.kinesiologue.org/TermesServicesConfidentialite.html
2. **Atteste** avoir eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires pour clarifier tout point jugé important avant de signer.
3. **Déclare** que toutes les informations fournies lors de l'inscription sont complètes, exactes et à jour.
4. **Reconnaît** que les Termes et conditions de services peuvent être modifiés périodiquement, et qu'il lui appartient de consulter la version la plus récente disponible en ligne.

Nom complet du Participant (lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____