Nos Activités en Salle au
117 RUE ANNE FRANCK
62220 CARVIN

Nous vous proposons plusieurs activités

Le Pilâtes, vous permet de renforcer vos muscles en profondeur, d'améliorer votre posture et de gagner en souplesse. Accessible à tous, idéal si vous avez des douleurs chroniques, un travail sédentaire, après une blessure par exemple

Le Circuit Training, vous permet d'améliorer votre cardio en enchainant différents exercices avec un temps d'effort et de pause adapté à chacun. Il mélange cardio, renforcement musculaire et mobilité pour un entrainement complet et efficace.

Les activités proposées se font en petit groupe, maximum 8 personnes, avec Marion ou Laurent

La séance d'essai est offerte – Réservation obligatoire pour les séances à l'adresse mail suivante : mfssdelens@gmail.com

Planning des Activités

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
9h–10h	Pilates	Circuit training	Pilates	Circuit Training	
10h–11h	Circuit training	Pilates	Parcour Moteur	Circuit Training	Circuit Training
11h–12h					Circuit Training
12h30–13h30	Pilates	Pilates			Pilates
18h–19h		Circuit training			Pilates
19h–20h		Pilates			Pilates

Adhésion à la Maison Familiale du Sport et de la Santé de Lens

Adhésion à la Maison Familiale Sport et Santé de Lens

L'adhésion comprend l'affiliation à la Fédération française du sport pour tous et l'Assurance.

Le dossier complet comporte :

- ☐ La fiche de renseignement administratif
- ☐ Le règlement intérieur à l'association signé
- ☐ Un certificat médical pour la pratique de l'activité physique ou si besoin prescription médicale dans le cadre d'une Activité Physique Adaptée
- ☐ La cotisation
- ☐ La fiche de renseignements médicaux

Plusieurs Formules pour l'adhésion aux séances de pilâtes (1 séance par semaine) :

- ☐ 1 mois : 40 €uros
- ☐ 2 mois : 74 €uros
- ☐ 3 mois : 105 €uros

Plusieurs Formules pour l'adhésion aux séances de circuit training (1 séance par semaine) :

- ☐ 1 mois : 37 €uros
- ☐ 2 mois : 70 €uros
- ☐ 3 mois : 95 €uros

Une Formule combinée Pilâtes et Circuit Training (2 séances par semaine 1 de chaque)

- ☐ 1 mois : 70 €uros
- ☐ 2 mois : 135 €uros
- ☐ 3 mois : 180 €uros

Fiche de renseignements administratifs

Nom : **Prénom :**

Sexe : ❑ F ❑ M **Date et lieu de Naissance :**

Nationalité :

Adresse :

Ville : **Code Postal :**

Téléphone :

Mail :

Personne à prévenir en cas de nécessité (nom et coordonnées téléphoniques) :

Je soussigné(e) M. et /ou Mme

Autorise, en cas d'accident, les responsables de l'association La Maison Familiale du Sport et de la Santé de LENS à prendre la décision de consulter un médecin et autorise celui-ci à toute intervention médicale, chirurgicale ou anesthésique que nécessiterait l'état de santé.

Numéro de sécurité sociale :

Fait le :

Règlement interne de l'association

Tout membre de l'association s'engage à :

Article 1er : Respecter les éducateurs et représentants de l'association

Article 2 : **Prévenir les éducateurs en cas d'absence ;**

Article 3 : La Maison Familiale du Sport et de la S. décline toute responsabilité pour les objets égarés ou volés dans l'enceinte de la piscine ou du local sis 117 rue Anne Frank à Carvin. Ainsi que pour la destruction totale ou partielle des vêtements ou objets entreposés dans les vestiaires collectifs ou dans les casiers individuels ;

Article 4 : S'acquitter de la cotisation réglementaire nécessaire pour l'activité et bénéficier de l'assurance ;

Article 5 : Prévoir une tenue de sport adaptée à l'activité proposée, maillot de bain 1 pièce pour les activités aquatiques, chaussures ou chaussettes propres réservées à l'intérieur, tenue spécifique pour les activités extérieures ...

Article 6 : **En signant ce règlement, vous accordez le droit à l'image, toute photo prise lors des séances d'activités pourra être utilisée par la MAISON FAMILIALE DU SPORT ET DE LA SANTE DE LENS**

Article 7 : Respecter les règles sanitaires lors de l'activité et le règlement de l'établissement accueillant l'activité

Je, soussigné(e) :

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
Signature de l'adhérent

Questionnaire de santé et d'orientation
Activité Sportive Adaptée

Nom : **Prénom :**

Date de Naissance :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Téléphone :

Mail :

<u>Renseignements Médicaux :</u>

Êtes-vous en ALD ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui merci de préciser votre ou vos pathologie(s) et s'il y a un traitement.

En cas d'opérations antérieures, veuillez indiquer leur nature ainsi que les dates correspondantes.

<u>Renseignements Médicaux :</u>

Coordonnées du médecin et/ou spécialiste ayant prescrit l'Activité Physique Adaptée + transmission du certificat médical :

Renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour une possible prise en charge du sport sur ordonnance