



CLUB ATHLETIC DE GLENDON

FORMULAIRE D'ADHESION Pour étudiant Explore

MEMBRE PRINCIPAL

S.v.p remplissez les informations ci-dessous.

Nom de famille: _____ Prénom: _____
Adresse: _____ Numéro d'appart.: _____
Ville: _____ Code postal: _____
Télé. res: (_____) _____ Télé bureau: (_____) _____
Date de naissance: M _____ /J _____ /A _____

**NOTE: S.v.p, Présentez une Carte d'identité pour prouvez votre date de naissance.
Si moins de 18 ans – Un parent doit signer le consentement et le PAR Q.**

CONSENTEMENT Veuillez signer le consentement ci-dessous après l'avoir lu attentivement.

- En signant le consentement, je m'engage a respecter les termes du contrat.
- Je sais que mon adhesion au club de sport n'est ni transferable ni remboursable.
- J'ai pris la connaissance des règlements du club de sport énoncé dans la brochure destine aux membres.
- Je sais que l'Université est en droit de suspendre ou meme d'annuler mes privileges si je ne me conforme pas aux règlements.
- Je ne peux tenir l'Université York ni ses employées responsables d'éventuelles blessures infligées pendant que j'utilise les lieux.
- C'est de mon plain gré que j'utilise les locaux et l'équipement de club de sport, et que je participe aux exercices.
- En signant le consentement j'adhère au terme du contract.

SIGNATURE: _____ **DATE (MM/JJ/AA):** _____

*** NOTE: Si un membre a moins de 18 ans un parent doit signer ci-dessous.**

Nom du parent:

SIGNATURE: _____ **DATE (MM/JJ/AA):** _____

QUESTIONNAIRE SUR L'APTITUDE A L'ACTIVITE PHYSIQUE

Veillez répondre ci-dessous. Notez qu'en cas de réponse affirmative, nous exigerons un complément d'information de votre part ou de votre médecin avant d'accepter votre adhésion. Encerclez la réponse. (0= OUI N= NON)

QUESTION	Membre
Votre médecin a-t-il déjà dit que vous souffrez d'une affection cardiaque et que vous devez seulement faire des exercices recommander par votre médecin?	0 N
Avez-vous des douleurs dans la poitrine quand vous faite de l'exercice?	0 N
Ce dernier mois, avez-vous eu des douleurs dans la poitrine lorsque vous ne faisiez pas d'exercice?	0 N
Avez-vous des pertes d'équilibre causée par des vertiges ou avez-vous eu des pertes de conscience?	0 N

Le médecin vous a-t-il déjà signalé un problème osseux ou articulaire (par exemple; dos, genoux, hanches.) Qui risquerait d'être aggravé par de l'activité physique?	0 N
Prenez –vous des médicaments pour la pression artérielle ou pour des problèmes cardiaques prescrits par votre médecin?	0 N
Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous ne devriez pas faire d'activité physique?	0 N

COMMENTAIRES:

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Contactez votre médecin par téléphone ou en personne AVANT d'augmenter l'activité sportive ou AVANT d'avoir une évaluation de mise en forme. Parlez à votre médecin du questionnaire et dites-lui à quelles questions vous avez répondu OUI. Vous aurez sûrement la possibilité de faire toutes les activités sportives que vous désirez – tant que vous commencez doucement et graduellement. Ou vous aurez peut être besoin de restreindre vos activités sportives et de recourir à des exercices sans danger pour vous. Parlez à votre médecin du genre d'activité donc vous souhaitez participer et suivez ses recommandations.

Renseignez-vous sur les programmes/activités qui sont sans danger pour vous et qui peuvent vous aider.

Signatures exigées par les membres suivant:

MEMBRE PRINCIPAL: _____
SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

*** NOTE: Si un dépendant a moins de 18 ans, le Parent/Gardien doit signer pour lui/elle.**

NOM DE L'ENFANT : _____

SIGNATURE du parent: _____

DATE : _____