

Date : ____ / ____ / ____ **FICHE CONTRAT COACHÉ | COURS LA CLINIK**

COORDONNÉES

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ âge : _____ Sexe : Masculin Féminin
 Profession : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Adresse Mail : _____
 Loisirs pratiqués : _____
 Êtes-vous un(e) :
☐ Adulte ☐ Sénior ☐ Femme enceinte ☐ Personne atteinte d' A.L.D

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____
 Numéro de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Lien de parenté : _____

COURS CHOISIS

- ☐ Pilates Femmes enceintes (Mardi 9H00 – 10H00)
- ☐ Activités Physiques Adaptées Séniors (Mardi 10H00 – 11H00)
- ☐ Pilates & Cancer du sein (Mardi 11H00 – 12H00)

PATHOLOGIES & DOULEURS

Cocher puis compléter en entourant ou en écrivant la/les maladies qui vous concerne :

- ☐ Maladies cardiovasculaires (*Troubles du rythme cardiaque, maladie du cœur, chirurgie cardiaque, autre : _____*)
- ☐ Maladies des os et articulations (*Arthrose, fracture, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, problème de dos, autre : _____*)
- ☐ Fragilité musculaire (*myopathies, atrophies musculaires, problème d'épaules, jambes, bras, torse, autre : _____*)
- ☐ Tumeurs et Cancers (*merci de précisez : _____*)
- ☐ Maladies gynécologiques (*Endométriose, Infertilité, stérilité, maladie génitale, autre : _____*)
- ☐ Maladies urologiques (*Maladies des reins, trouble urinaire, autre : _____*)
- ☐ Maladies digestives (*Maladie de l'estomac, œsophage, vésicule, pancréas, foie, intestins, autre : _____*)
- ☐ Maladies du sang (*Leucémie, autre : _____*)
- ☐ Maladies respiratoires (*Asthme légère, sévère, broncho pneumopathie chronique obstructive, autre : _____*)
- ☐ Maladies de la peau (*Allergies cutanées, Infection de la peau, Autres maladies dermatologiques, autre : _____*)
- ☐ Maladies de l'oreille (*Trouble de l'audition, du langage, infection de l'oreille, maladie de la gorge, du nez, autre : _____*)
- ☐ Maladies endocriniennes et métaboliques (*Diabète type 1, diabète type 2, maladie thyroïdienne, autre : _____*)
- ☐ Malformation (*Colonne vertébrale, pied, main, tête, jambe, autre : _____*)
- ☐ Maladies infectieuses (*Fièvre prolongée, maladie de Lyme, tuberculose, lèpre, autre : _____*)
- ☐ Maladies du système nerveux (*Alzheimer, Parkinson, AVC invalidant, autre : _____*)
- ☐ Maladies génétiques (*Mucoviscidose, Trisomie 21, autre : _____*)
- ☐ Problèmes de surpoids : _____
- ☐ A.L.D n° : _____ Nom : _____
- ☐ Autre(s) : _____

Détails : _____

INFORMATIONS LIÉES À LA FEMME ENCEINTE

Date d'accouchement prévu le : _____

Lors de l'inscription, Je suis enceinte de _____ S.A, soit le :

- ☐ 1er trimestre (de 0 à 3 mois) ☐ 2e trimestre (de 3 à 6 mois) ☐ 3e trimestre (de 6 à 9 mois)

Coordonnées du Gynécologue ou de la sage-femme (entourez la profession correspondante) qui suit ma grossesse :

NOM : _____ Prénom : _____

Lieu du cabinet : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

OBJECTIFS

Quelles sont vos objectifs, vos attentes, vos besoins ? (Plusieurs choix sont possibles) :

- | | |
|---|---|
| ☐ Me mettre / remettre en forme | ☐ Me tonifier / me galber |
| ☐ Me renforcer en douceur | ☐ Travailler ma mobilité |
| ☐ Travailler mon endurance | ☐ Apprendre des techniques de respiration |
| ☐ Me relaxer, me détendre, méditer | ☐ Me préparer sereinement à l'accouchement |
| ☐ M'étirer, m'assouplir | ☐ Réduire mes douleurs de : _____ |
| ☐ Autre : _____ | |

MODALITÉS DE PAIEMENT

CARTE DE 10 COURS 150€* LA CARTE (Soit 15€ la séance)	1ère Carte	2ème Carte	3ème Carte	4ème Carte
Date d'achat	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Mode de paiement choisi	☐ Chèque(s) ☐ Espèces	☐ Chèque(s) ☐ Espèces	☐ Chèque(s) ☐ Espèces	☐ Chèque(s) ☐ Espèces
Montant du paiement total				
Nom du chèque				
Date d'encaissement souhaitée (À écrire également au dos des chèques)	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

*Si paiement par chèque, possibilité de payer en 2 fois sans frais (les 2 chèques sont à remettre lors de l'inscription, puis encaissés en différé)

DROIT À L'IMAGE

Je soussignée(e) _____ demeurant _____

- ☐ Autorise **Pour Moi Coaching** et ses intervenants à me photographier et à me filmer dans le cadre des séances de cours collectifs/coaching. J'accepte ainsi l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image, notamment sur le site internet, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés. En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de **Pour Moi Coaching** et de ses intervenants qui trouveraient son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.
- ☐ N'autorise pas **Pour Moi Coaching** et ses intervenants à me photographier et à me filmer dans le cadre des séances de cours collectifs/coaching.

Fait à _____, Le _____ Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :