

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## FICHE CONTRAT COACHÉ DOMICILE

### 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 : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### PATHOLOGIES & DOULEURS

Cocher puis entourer 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 : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

Maladie(s) : \_\_\_\_\_

Hospitalisation(s) : \_\_\_\_\_

Traitement(s) : \_\_\_\_\_

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

Douleur(s) ou gêne(s) exprimées : \_\_\_\_\_

Accident(s) sportif passé(s) : \_\_\_\_\_

Autre(s) : \_\_\_\_\_

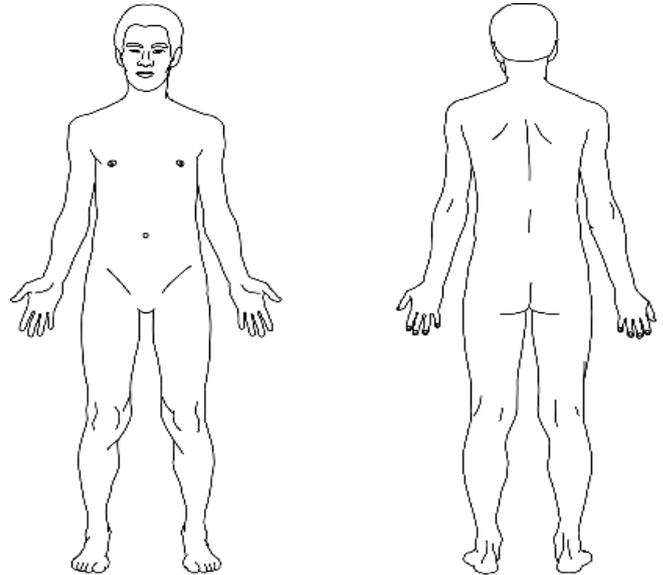
## OBJECTIFS

Quelles sont les activités que vous souhaitez pratiquer ?

Vos objectifs, envies, besoins ?  
(Plusieurs choix sont possibles)

- Remise en forme (Fitness)
- Renforcement musculaire
- Exercices cardio-vasculaires
- Relaxation / Détente / Méditation
- Stretching / Etirements
- Gym douce
- Pilates
- Pilates Séniors
- Pilates Pré-natal
- Pilates Post-natal
- Pilates & Cancer du Sein
- Tonification / Galbe
- Mobilité spécifique
- Correction de la posture
- Techniques de souplesse / assouplissements
- Techniques de respiration
- Exercices de Gestion du stress
- Exercices de confiance en soi
- Réduction des douleurs de : \_\_\_\_\_
- Danse (à préciser : \_\_\_\_\_)
- Autre : \_\_\_\_\_

Quelles parties du corps voulez-vous travailler ?  
(Entourez la/les zone(s) du corps à cibler)



Mvts Top : \_\_\_\_\_  
Mvts Flop : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS LIÉES À LA FEMME ENCEINTE

Date d'accouchement prévu le : \_\_\_\_\_

Lors de l'inscription, Je suis enceinte de \_\_\_\_\_ S.A, soit le : \_\_\_\_\_ Trimestre ( \_\_\_\_\_ mois)

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

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu du cabinet : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## MODALITÉS DE PAIEMENT

Merci d'entourer le montant et le forfait choisi :	SOLO	DUO	TRIO
<b>FORFAIT SEANCE UNIQUE</b>	<b>55€</b>	<b>40€ / personne</b>	<b>35€ / personne</b>
<b>FORFAIT 4 SEANCES</b>	<b>50€ / séance</b> <i>(Soit 200€ les 4 séances)</i>	<b>35€ / séance / pers.</b> <i>(Soit 140€/personne pour 4 séances)</i>	<b>30€ / séance / pers.</b> <i>(Soit 120€/personne pour 4 séances)</i>
<b>FORFAIT 8 SEANCES</b>	<b>45€ / séance</b> <i>(Soit 360€ les 8 séances)</i>	<b>30€ / séance / pers.</b> <i>(Soit 240€/personne pour 8 séances)</i>	<b>25€ / séance / pers.</b> <i>(Soit 200€/personne pour 8 séances)</i>
<b>FORFAIT 16 SEANCES</b>	<b>40€ / séance</b> <i>(Soit 640€ les 16 séances)</i>	<b>25€ / séance / pers.</b> <i>(Soit 400€/personne pour 16 séances)</i>	<b>20€ / séance / pers.</b> <i>(Soit 320€/personne pour 16 séances)</i>

	1ère Carte	2ème Carte	3ème Carte	4ème Carte
Date d'achat	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Mode de paiement choisi	<input type="checkbox"/> Chèque(s) <input type="checkbox"/> Espèces			
Montant du paiement total				
Nom du chèque				
Numéro du/des chèques				
Date d'encaissement souhaitée <i>(À écrire également au dos des chèques)</i>	___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___

*\*Si paiement par chèque, possibilité de payer en 2 ou 3 fois sans frais (Tous les chèques seront à remettre lors de l'inscription, puis encaissés en différé)*

Duo avec : \_\_\_\_\_

Trio avec : \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

## 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 » :

## SIGNATURE

Fait à \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

Signature pour accord, précédée de la mention « Lu et approuvé » :