

Inscription // Association AGORASANA et centre Un Esprit Zen 34920 Le Cres

Année scolaire	
Cours suivi (intitulé, enseignant.e et horaire)	
Nom et Prénom	
Adresse	
Numéro de téléphone	
J'utilise WhatsApp	oui/non
Adresse mail	
Inscription à la liste de diffusion J'accepte de recevoir par mail, sms ou WhatsApp, les propositions d'évènements et les actualités du centre Un Esprit Zen et de son équipe	oui/non
Règlement <u>Chèques à l'ordre de l'enseignant.e</u>	Indiquer le nombre de chèques (ou autre moyen de paiement le cas échéant) et les montants :
+ 10€ d'adhésion à l'association Agorasana via HelloAsso 	→ Joindre le justificatif de HelloAsso
Droit à l'image J'autorise que les photos ou vidéos m'incluant soient utilisées pour la communication de l'association Agorasana ou du centre Un Esprit Zen	oui/non
Si vous souhaitez communiquer des informations qui vous semblent importantes (situation personnelle...) :	

Règlement intérieur des cours

J'atteste avoir pris **sérieusement** connaissance du règlement intérieur (affiché au centre et disponible sur le site web) et des recommandations pour la pratique et je m'engage à les respecter. Je m'engage notamment à :

- Noter qu'aucun remboursement ne sera effectué, et ce quelque soit la raison invoquée, y compris malheureusement un problème de santé.
- Vérifier régulièrement mes mails (voire les spams/indésirables).
- Notifier tout problème de santé physique ou mentale à l'enseignante. Et informer l'enseignante de toute modification de mon état de santé : grossesse, blessure, opération, choc émotionnel...
- Éteindre mon téléphone portable durant le cours (pas seulement le mettre sur silencieux).
- Laisser toutes mes affaires non nécessaires à la pratique aux vestiaires, y compris les boissons si cela est possible pour moi.
- Faire les choix qui me semblent judicieux pour moi. Si une posture est douloureuse ou inconfortable, j'en sors ou je l'aménage, en conscience.

Signature précédée de la date et de la notification « lu et approuvé »

Questionnaire santé au dos, TSVP

Questionnaire de santé type « QS – SPORT »

NOM et Prénom :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour pratiquer le Yoga postural .		
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON		
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.</i>		
	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.		
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : → Vous vous engagez à fournir un certificat médical à fournir (de non contre-indication à la pratique du Yoga postural, préciser Yoga postural dynamique si vous suivez un cours de Vinyasa, Power Yoga, Ashtanga). → Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. → La présentation du certificat médical relève de la seule responsabilité du pratiquant.		

Antécédents et actualités médicales qui vous semblent important de porter à notre connaissance :

- Maladies, Accidents, Actes chirurgicaux, Hospitalisations :
- Antécédents psychiatriques :
- Antécédents de troubles anxieux ou dépressifs :
- Actuellement des douleurs particulières ?
- Traitements en cours :

J'atteste que :

- Je ne présente pas actuellement un état pathologique aigu nécessitant *avant tout* un traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique.

Je note que :

- En cas d'antécédents de désorganisation ou de dissociation (troubles psychotiques ou apparentés), la pratique du Yoga ou de la Méditation n'est pas forcément adaptée. **Je m'engage** à en informer l'enseignante ET à demander conseil à mon psychiatre et/ou à mon psychothérapeute.

Signature précédée de la date et de la notification « lu et approuvé »

--