

Formulaire d'inscription

Nom, Prénom: _____

Rue/no.: _____

Code postal / Ville: _____

Profession: _____

Employeur: _____

Assurance maladie et accidents _____

Assurance RC _____

Date de naissance ____/____/____

Numéro de téléphone de contact en cas d'urgence médicale _____

Je m'inscris pour le camp du
18 octobre au 24 octobre à
Cogne.

Oui / Non

Téléphone maison _____

Téléphone travail _____

Téléphone mobile _____

E-mail _____@_____

Cochez votre option:

___ **Option #1** – chambre standard en occupation double (vous partagez la chambre) CHF 1'995.-

___ **Option #2** – chambre standard en occ. single (vous ne partagez pas la chambre) CHF 2'310.-

___ **Option #3** – chambre supérieure en occupation double (vous partagez la chambre) CHF 2'290.-

___ **Option #4** – chambre supérieure en occupation single (vous ne partagez pas la chambre) 2'660.-

Je paie par : (encerclez ce qui convient) Virement bancaire Cash

J'ai effectué mon paiement/virement le ____/____/____

Vous bénéficiez d'une **réduction/rabais** ? Nous vous prions donc d'indiquer

le nom de votre association ou code de l'action spéciale _____

Dans ce cas, le montant final vous sera communiqué personnellement/facturation séparée.

Votre employeur serait-il intéressé dans un programme d'entreprise "Corporate Wellness" ? Oui/Non

Je juge mon état de santé et fitness de _____ (1-10, 10 étant le maximum.)

Mon objectif principal est

Questions médicales

1. Êtes-vous allergique à certains médicaments courants (aspirine, pénicilline etc.)? Oui/Non
2. Suivez-vous des traitements médicaux ? Oui/Non
3. Êtes-vous épileptique ? Oui/Non
4. Êtes-vous diabétique ? Oui/Non
5. Êtes-vous anémique ? Oui/Non
6. Avez-vous souffert de maladies touchant les organes suivants ?
 - a. Cœur Oui/Non
 - b. Poumons Oui/Non
 - c. Reins Oui/Non
 - d. Foie Oui/Non
7. Êtes-vous asthmatique? Oui/Non
8. Êtes-vous sujet à des évanouissements ? Oui/Non
9. Avez-vous souffert de fractures ? Veuillez décrire :
10. Avez-vous eu des blessures au dos? Veuillez décrire :
11. Souffrez-vous de maux de dos ?

Jamais / rarement / de temps en temps / souvent
12. Avez-vous eu des blessures ou douleurs au genou dans les deux dernières années qui vous ont immobilisé pour plus d'une semaine? Veuillez décrire :
13. Avez-vous subi une/des opérations(s) dans les deux dernières années ?
14. Quels sont vos objectifs pour les prochains 3 mois ? Veuillez décrire

15. Avez-vous pris des mesures de graisse cutanée / corporelle récemment ? Si oui, quels sont les résultats ?

16. Êtes vous en préparation d'un événement sportif ? Si oui, lequel ?

Durant la semaine nous allons réaliser plusieurs photos, du lieu, des cours, du groupe. Si vous ne désirez pas que par la suite nous utilisions une photo sur laquelle vous avez été pris(e) pour présenter nos semaines dans diverses publications ou sur notre site Internet, merci de nous le signaler, et nous respecterons votre décision.

Remarque: Il est recommandé de prendre l'avis de votre médecin avant de vous engager dans tout programme de remise en forme/fitness/regime !

Veuillez parapher les éléments suivants:

___ Je n'abuserai pas d'alcool pendant le séjour. Je comprends que cela ne m'aiderait pas à atteindre mon objectif.

___ Je m'engage à me conformer au régime tel que proposé dans le cadre du séjour. Je comprends qu'un comportement contraire ne m'aiderait pas à atteindre mon objectif.

___ Je m'engage à participer à tous les exercices du programme du séjour. Je comprends que j'aurai les meilleurs résultats en participant à toutes les exercices.

___ Je comprends qu'il ne peut pas y avoir de remboursement de tout ni partie du prix du séjour si je ne complète pas l'ensemble des exercices ou l'ensemble du programme.

(Ceci est IMPORTANT . . . soyez à l'heure au début du programme pour commencer votre séjour d'un bon pied !)

___ Je comprends qu'il est indispensable de participer notamment aux exercices d'échauffement au début du séjour et tous les jours suivants pour prévenir des blessures et des douleurs musculaires désagréables.

___ J'ai reçu et lu les conditions générales.

Signature

Lieu / Date

Nom complet