

# 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 week-end du  
14 au 16 novembre à Neuchâtel.

Oui / Non

Téléphone maison \_\_\_\_\_

Téléphone travail \_\_\_\_\_

Téléphone mobile \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Cochez votre option:

\_\_\_ **Option #1** – chambre double en occupation double (vous partagez la chambre) CHF 645.-

\_\_\_ **Option #2** – chambre single (vous ne partagez pas la chambre) CHF 695.-

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

J'ai effectué mon paiement/virement le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

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 le séjour 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