

Nom Prénom : Date de naissance :
Adresse : CP / Ville :
Mail : Téléphone :

DISCIPLINE(S) PRATIQUÉE(S)

- | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|
| ☐ Cardio box
mercredi | ☐ Gym douce | ☐ Tai Chi | ☐ Yoga | ☐ Pilates
mercredi |
| ☐ Cardio box
samedi | ☐ Gym posturale | ☐ Qi Gong | ☐ Pilates
lundi | ☐ Pilates
jeudi |

COTISATION ANNUELLE

- ☐ Un cours/semaine : 165 €
☐ Deux cours/semaine : 215 €
☐ Pack Totale Liberté : 255 €

RÈGLEMENT

Cotisation
(dont 15 € d'adhésion)

Paiement possible en 3 chèques

Nous acceptons les règlements :
· par chèque au nom de METZ MOUVEMENT SANTÉ
· en espèces

Nous acceptons les coupons Pass Avant'Age de la ville de METZ.
Nous n'acceptons pas les Chèques Vacances.

DROIT À L'IMAGE

- ☐ J'autorise l'association à utiliser les photos et/ou vidéos sur lesquelles je figure (ou mon enfant mineur figure), prises dans le cadre des activités de l'association, uniquement sur ses supports de communication (site internet et réseaux sociaux).
- ☐ Je n'autorise pas la publication de mon image (ou celle de mon enfant).



www.metz-mouvement.fr



[metz.mouvement](https://www.metz-mouvement.fr)

Adhésion

Je, soussigné(e), adhère à l'association METZ MOUVEMENT SANTÉ pour la saison 2026-2027, et m'engage à respecter les dispositions des statuts et du règlement intérieur de l'association.

Signature

Date

ATTESTATION RELATIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

- ☐ Je certifie avoir pris connaissance du questionnaire de santé et l'avoir rempli en toute sincérité.
- ☐ Je certifie avoir répondu « Non » à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

Dans ce cas, **aucun certificat médical n'est nécessaire.**

- ☐ J'ai répondu « Oui » à au moins une question du questionnaire de santé. Je joins donc un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité concernée.

Date :

Signature de l'adhérent (ou du représentant légal pour un mineur) :