

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]

Adresse \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Téléphone [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Cours choisi : \_\_\_\_\_ Règlement : \_\_\_\_\_ € en \_\_\_\_\_ chèques /espèces

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du studio Pilates Akoram et atteste en respecter les conditions.

« Lu et approuvé, bon pour accord »

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Afin d'aider le professeur à adapter le cours à vos besoins, merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions (données confidentielles).

Avez- vous des douleurs récurrentes, si oui, pouvez- vous préciser où ?

- Dos/cou : \_\_\_\_\_
- Epaulles : \_\_\_\_\_
- Hanches : \_\_\_\_\_
- Genoux/chevilles : \_\_\_\_\_
- Coudes/poignets/mains : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

Avez- vous subi une intervention chirurgicale ou souffrez- vous d'une maladie susceptible d'intéresser votre professeur?

## INFOS PRATIQUES

> Le studio est ouvert de Septembre à Juillet (fermeture une semaine à chaque vacances scolaires, en Août et les jours fériés).  
> Durée d'un cours : 55 minutes  
> L'annulation d'un cours se fait au moins 24h à l'avance auprès du professeur faute de quoi il est décompté de la carte.  
> Toute carte achetée est non-remboursable et non-cessible. Aucun report dans le temps ni remboursement ne sera accordé, quelques soient les raisons de l'interruption des cours.

> Un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Pilates est obligatoire.  
> Le règlement en plusieurs chèques correspond à une facilité de paiement, ils ne pourront en aucun cas être restitués.  
> Le studio se réserve le droit de modifier les horaires et dates des cours ainsi que le professeur.  
> Chaque élève est inscrit sur un créneau horaire précis mais peut, selon les places disponibles et avec l'accord du professeur, changer temporairement de cours.