

FICHE D'INSCRIPTION

« SPORT SANTE BIEN-ÊTRE ADULTES »

(Du 19 février au 1er mars 2024)

à renvoyer à l'adresse mail : sports@auxerre.com

NOM : PRÉNOM :

Tél : E-mail :

**(X) reportez vous au numéro de l'activité indiqué sur le programme pour les informations pratiques*

Randonnée 8 km (10)* **9h30-12h**

- Lundi 19/02
- Lundi 26/02

Randonnée 10 km (10)* **9h30-12h**

- Mercredi 21/02
- Mercredi 28/02

Bungy Pump (3)* **9h30-10h30**

- Vendredi 23/02
- Vendredi 01/03

11h-12h

- Vendredi 23/02
- Vendredi 01/03

Gym douce (7)* **18h30-19h30**

- Mardi 20/02
- Mardi 27/02

Stretching (13)* **10h-11h30**

- Vendredi 23/02
- Vendredi 01/03

Sophrologie (12)* **18h30-19h30 :**

- Lundi 19/02
- Lundi 26/02
- Mercredi 21/02
- Mercredi 28/02
- Vendredi 23/02
- Vendredi 1/03

Danse du monde (5)* **10h-11h30**

- Mardi 20/02
- Jeudi 22/02

Jeux d'adresse (8)* **10h-11h30**

- Mardi 20/02
- Mardi 27/02

Pilates (9)* **18h30-19h30**

- Lundi 26/02
- Mercredi 28/02
- Vendredi 01/03

Yoga (15)* **18h30-19h30**

- Lundi 19/02
- Lundi 26/02
- Vendredi 23/02
- Vendredi 01/03

Aquagym (1)* **9h30-10h15**

- Mercredi 21/02
- Mercredi 28/02

Badminton (2)* **18h30-19h30**

- Jeudi 22/02
- Jeudi 29/02

Self Défense (11)* **18h30-19h30**

- Mardi 20/02
- Mardi 27/02

Escalade (6)* **18h30-19h30**

- Jeudi 22/02
- Jeudi 29/02

Circuit Training (4)* **18h30-19h30**

- Mardi 27/02

Tir à l'arc (14)* **10h-11h30**

- Jeudi 22/02
- Jeudi 29/02

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON CONTRE INDICATION MÉDICALE ET SPORTIVE

Conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du sport, la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive n'est pas obligatoire (sauf prise de licence sportive ou à la demande dans un règlement intérieur) mais que celui-ci est juste conseillé afin de garantir votre état de santé.

Je ne souhaite pas produire de certificat médical, la décision reste sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme

Atteste sur l'honneur que je ne présente aucune contre-indication médicale et physique à la pratique d'activités sportives proposées par la Ville d'Auxerre.

Je m'engage :

à signaler toute information médicale pouvant remettre en question la pratique de l'activité sportive durant la durée du cycle à l'éducateur.

Observations complémentaires :

Date : /...../.....

Signature (manuscrite obligatoire)
Précédée de la mention
« certifiée pour faire valoir »