

Réservé à l'usage interne FONDAMENTAL jours _____ heure _____

Cours privé avec _____ Mode de paiement chèque argent

Date du paiement: _____ Montant payé : _____



Date du jour (JJ-MM-AA) : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ-MM-AA) : _____

Courriel : _____

(Toutes nos communications se font par courriel)

Ville (secteur) : _____ Code postal : _____

No de téléphone (JOUR) : _____ (SOIR) : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (nom, lien avec la personne et no de tél.) :

Comment avez-vous entendu parler de Pilates Vitalité?

- Facebook Salon de la Femme Recherche sur l'internet Accroche-porte YouTube
 Journal Le Droit Collègue Membre de la famille Ami
 Le Droit Famille Enseignes sur l'édifice Télévision Radio

Nom de l'ami ou membre de la famille qui vous a référé : _____

Référé par un professionnel de la santé : (nom et titre)

1. Vos objectifs :

- Renforcer mon dos Améliorer ma posture Améliorer ma qualité de vie/me sentir mieux
 Adopter une méthode d'entraînement musculaire Autre : _____

2. Quelles activités physiques pratiquez-vous actuellement?

3. À quelle fréquence? 1 fois/semaine 2 fois/semaine 3 fois/semaine ou + Aucune

N.B. : Les formulaires seront détruits après 12 mois d'absence. À votre retour au studio, vous devrez les remplir à nouveau.



4. Information médicale – Veuillez indiquer ce qui s'applique à vous et spécifiez si nécessaire :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problème à la colonne vertébrale : _____ | <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maux de dos : _____ | <input type="checkbox"/> Historique de cancer : _____ |
| <input type="checkbox"/> Migraines ou maux de tête récurrents : _____ | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose léger ou <input type="checkbox"/> Ostéoporose sévère | <input type="checkbox"/> Scoliose : _____ |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement : _____ | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque : _____ |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie : _____ | <input type="checkbox"/> Problème de vessie : _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète : _____ | <input type="checkbox"/> Blessure répétitive : _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème de haute pression : _____ | <input type="checkbox"/> Traumatisme : _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque : _____ | <input type="checkbox"/> Médicaments : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgies récentes : _____ | <input type="checkbox"/> Allergie au poil de chien |
| <input type="checkbox"/> Orthèses : _____ | <input type="checkbox"/> Allergie au poil de chat |
| <input type="checkbox"/> Arthrite : _____ | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Problèmes articulaires : (<input type="checkbox"/> enflure, <input type="checkbox"/> raideur, <input type="checkbox"/> douleur) | |
| <input type="checkbox"/> Symptômes neurologiques (<input type="checkbox"/> engourdissement, <input type="checkbox"/> picotement, <input type="checkbox"/> douleur irradiante) | |

5. Êtes-vous suivi par un professionnel de la santé? Si oui, quel est son avis sur le fait que vous pratiquerez le Pilates?

6. S'il y a une période de votre vie, récente ou lointaine, où votre ventre a pris beaucoup d'expansion (prise de poids importante au niveau de l'abdomen ou grossesse), avez-vous une diastase?

- OUI NON Si vous ne le savez pas, considérez prendre un cours privé avec une instructrice.



CONSETEMENT DU CLIENT DONNÉ EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CE QUI SUIT ET SIGNER AUX ENDROITS INDIQUÉS

« Je soussigné(e), _____ me suis inscrit(e) à un programme d'activités physiques offert par **Pilates Vitalité inc.** basé principalement sur la méthode *Pilates* de conditionnement corporel. Ce conditionnement physique peut inclure du conditionnement cardio-vasculaire comme la marche rapide et le jogging, de même qu'éventuellement l'utilisation de diverses machines de conditionnement aérobique. Le programme peut également inclure des exercices de force et de souplesse à l'aide de techniques et d'équipements de port de poids. Par la présente, j'affirme donc que je suis en bonne condition physique, que je ne souffre d'aucune incapacité ni maladie physique, et que je ne prends pas de médicaments qui pourraient nuire à ma santé ou limiter ma participation à ce programme d'exercices. »

« Par conséquent, et par la présente, en considération de ma participation aux programmes **Pilates Vitalité inc.**, en ce qui me concerne, de même qu'en ce qui concerne mes héritiers et mes ayants droit, je soussigné(e) _____, renonce tous droits d'intenter une action, une demande, et une cause d'action découlant de ma participation au programme d'exercices contre **Pilates Vitalité inc.** (ses employés et propriétaires). »

« Je comprends parfaitement que je pourrais me blesser en participant au programme d'exercices et de mouvements de **Pilates Vitalité inc.**, et je soussigné(e) _____, aujourd'hui par la présente dégage **Pilates Vitalité inc.** de toute responsabilité y compris, mais sans s'y limiter à des crises cardiaques, des claquages musculaires, des élongations d'un nerf, d'un tendon, d'un muscle, des déchirures musculaires, des os brisés, des périostites tibiales, de l'épuisement par la chaleur, des blessures au genou, à la hanche, au bas du dos, aux pieds, et toutes autres maladies, douleurs, ou blessures, peu importe la cause, survenant pendant ou après ma participation au programme d'exercices. »

Par la présente, j'affirme avoir lu et compris les renseignements ci-dessus.

Signature : _____ Date : _____



En m'inscrivant chez Pilates *Vitalité*, j'accepte les conditions suivantes :
SVP INITIALER CHAQUE CASE

- Le cas échéant, informer l'instructeur avant le début d'un cours de toute condition physique pouvant restreindre mes mouvements (comme pour toutes autres disciplines, il est important de respecter ses limites).
- Mon adresse courriel sera ajoutée à la liste d'envoi afin de recevoir les infolettres du studio, puisque toutes les communications se font de façon électronique.
- Lors de mon désabonnement aux infolettres, mes formulaires d'inscription seront détruits. Je devrai les remplir à nouveau si je décide de reprendre des cours au studio.
- Les cours achetés à l'inscription comportent une date d'échéance. Les cours non utilisés à cette date ne pourront être repris.
- Un cours manqué peut être repris avant la date d'échéance.
- Si je désire changer de groupe pour passer à 1 fois par semaine, je dois le faire 24 h avant le 3^{ème} cours de mon groupe.
- Les cours non utilisés à l'intérieur d'une session, pour des raisons d'ordre familial ou professionnel, ne pourront être reportés à la session suivante. Un billet médical sera exigé pour une demande de report de cours.
- Sur présentation d'un billet du médecin ou d'un autre professionnel de la santé (chiropraticien, orthothérapeute, ostéopathe, physiothérapeute), l'inscription peut être suspendue pour la durée prescrite, seulement si le billet est remis au début de cette période. Le nombre de cours suspendus sera calculé à compter de la date à laquelle Pilates *Vitalité* en sera avisée. Les cours manqués antérieurs à cette date ne pourront être pris en considération.
- Les cours sont transférables à une personne de votre choix qui doit les utiliser durant la session en cours. Pilates *Vitalité* doit être avisé avant le transfert.
- Les sonneries de téléphone doivent être fermées durant les cours.
- Puisque la respiration est une dimension importante du Pilates, veuillez éviter de porter des produits parfumés et de fumer tout juste avant le cours.
- En devenant enceinte, la pratique du Pilates peut se poursuivre jusqu'à la fin du premier trimestre. Dès le deuxième trimestre, les cours non utilisés peuvent être transférés à une personne de votre choix qui doit les utiliser durant la session en cours, ou l'inscription peut être suspendue jusqu'à 6 mois après la naissance du bébé (ou selon les recommandations du médecin).

Signature : _____ Date : _____