

FICHE ADHERENT



Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :...../...../.....

Profession :

Comment avez-vous connu la Salésienne Sport Santé ?

Médecin traitant / Structure de soins

Adressé

Activité(s) :

APR MARCHÉ NORDIQUE GYM SANTÉ ÉQUILIBRE MULTI-ACTIVITÉS

Groupe / Horaires :

HISTOIRE MEDICALE

Antécédents médicaux

Traitement

ACTIVITES PHYSIQUES

Activités Physiques quotidienne

Maison Appartement Ascenseur Escalier Jardin Ménage

Profession : Très actif Actif Sédentaire

Transport et déplacement : (pour se rendre au travail, loisir ...)

Activités Physiques de loisir

En semaine :

Le week-end :

Temps passés assis / couché (ne pas compter le temps moyen passé à dormir la nuit) :

Attentes de l'adhésion :

Autres remarques :