



- Douleurs articulaires  Non  Oui

Si oui, précisez : .....

- Douleurs de dos  Non  Oui

Si oui, précisez : .....

- Prenez-vous un traitement  Non  Oui

Si oui, précisez : .....

- Avez-vous eu des accidents, des interventions chirurgicales  
 Non  Oui

Si oui, précisez : .....

- Si vous êtes une femme :

- êtes-vous enceinte ?  Non  Oui

- Des complications liées à de précédentes grossesses  
 Non  Oui

Si oui, précisez : .....

**6 - Cochez si vous avez été ou êtes traité pour ces pathologies :**

- Anémie  Asthme  Douleurs de dos  Bronchite  Cancer  
 Diabète  Dépression  Problème de poids  Arthrose  Rhumatisme  
 Ostéoporose  Allergies

Autres : .....

**J'atteste par la présente la véracité des informations transmises.**

**J'atteste ne pas avoir de restrictions médicales particulières, ne pas souffrir d'incapacité ou de maladies m'interdisant la pratique du Pilates.**

Je joins à mon inscription (ou dans un délais d'un mois) un certificat médical de non contre indication à la pratique de la méthode Pilates de moins d'1 an.

Date : .....

Signature