

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2025/26

## STRETCHING POSTURAL ESCS



NOM et PRENOM, AGE :

VILLE :

ADRESSE MAIL :

TELEPHONE :

Je souhaite être ajouté(e) au groupe WhatsApp pour la communication plus rapide ? oui / non

PROFESSION /METIER :

MODE DE VIE (sédentaire/actif...) :

ACTIVITES / SPORTS :

Par quel moyen j'ai découvert le stretching postural ?

.....

Est-ce que j'ai déjà pratiqué cette méthode ? Depuis quand ?

.....

MES DOULEURS :

-est-ce que je souffre de douleurs **chroniques** ? (localisation, intensité (0-10), facteurs déclenchants)

- est-ce qu'actuellement je souffre d'une douleur **aigüe** apparue récemment ? (localisation, intensité (0-10), facteurs déclenchants)

ANTECEDENTS (maladies graves, opérations, ...)

Par la signature ci-dessous,

je certifie sur l'honneur que je ne suis pas conscient(e) d'avoir des problèmes médicaux qui sont contre indiqués dans le cadre du stretching postural et que je décharge Mme de Ponte de toute responsabilité en cas d'éventuelles évènements indésirables qui pourraient se produire pendant le cours de stretching postural.

Je m'engage à fournir mon **certificat médical** au plus vite.

Date et signature :