

INSCRIPTION CASI 2025/2026

NOM		PRENOM			
ACTIVITE	inscription 2025/2026	INSA	Vacataire	Extérieur	COUT
Aïkido*		98 €	132 €	174 €	
Aquarelle		115 €	155 €	202 €	
Badminton		42 €	60 €	76 €	
Basket		46 €	61 €	77 €	
Billard		56 €	76 €	100 €	
Chorale		64 €	87 €	115 €	
Circuit training		65 €	88 €	114 €	
Couture		122 €	165 €	218 €	
Golf pour 1 semestre vendredi		75 €	115 €	133 €	
Marche nordique		55 €	75 €	98 €	
Méthodes méditatives		56 €	76 €	100 €	
Méthode Pilates		95 €	128 €	167 €	
Natation lundi		90 €	121 €	158 €	
Natation jeudi		90 €	121 €	158 €	
Peinture		90 €	121 €	158 €	
Renforcement musculaire		94 €	127 €	167 €	
Sophrologie/12 séances		100 €	135 €	178 €	
Tennis de table		37 €	53 €	67 €	
Théâtre		120 €	161 €	213 €	
Tir à l'arc		125 €	169 €	223 €	
Volley		48 €	65 €	86 €	
Yoga		105 €	142 €	185 €	
Yoga Dynamique		105 €	142 €	185 €	
S/Total					
cartes					8 €
Centre remise Forme *		150€ ou 215€	← suivant indice		
Indice si <500 (remise en forme):					
TOTAL		Chèque		Espèces	

* activité nécessitant un certificat médical (CMNCI)

Fiche renseignements CASI 2025/2026

Nom :

Prénom :

Service/Laboratoire :

Adresse campus :

Adresse mail :

N° tél :

Nombre de personnes au foyer :

Remplissez 1 des 3 tableaux en fonction de votre situation

*Entourez et complétez

Personnel INSA INSAVALOR ou FONDATION*				
INSA fonctionnaire ou CDI	INSA contractuel Date de fin du contrat :	INSAVALOR CDD Date de fin de contrat :	Stagiaire Date de fin de stage :	Retraité INSA
INSAVALOR CDI				Retraité INSAVALOR
FONDATION CDI	FONDATION CDD Date fin de contrat :			Retraité FONDATION

Autres et Extérieur*			
CNRS	INRAE	CPE	Vacataires
UCBL	INRIA	Autre précisez :	

Famille des personnels INSA INSAVALOR FONDATION*	
Conjoint	Enfant

Avez-vous besoin d'un certificat médical ?

- 1) Répondez au questionnaire dans le document A et conservez-le
- 2) Remplissez ensuite le document B ou C en fonction de vos réponses au questionnaire et donnez-le au Casi

Document A

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre inscription à une activité sportive au Casi en 2025/2026

Répondez aux questions suivantes par oui par non, les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du sportif

DURANT LES 12 DERNIER MOIS	oui	non
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A CE JOUR		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir.		
Si vous avez répondu OUI remplir le document B : Certificat médical à fournir au plus vite. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		
Si vous avez répondu NON à toutes les questions : remplir le document C		

Rappel : Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par l'adhérent.e.

Document B :

ACTIVITE(S) SPORTIVE(S) :

ATTESTATION

Je soussigné(é)

Nom :

Prénom :

Atteste fournir le plus rapidement possible un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport (CMNCI). Mon inscription ne sera effective qu'après la remise au CASI du CMNCI.

Villeurbanne, le

Signature :

Document C :

ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation d'un certificat médical de non contre-indication)

Je, soussigné.e

Nom :

Prénom :

Activité :

certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de mon inscription à l'activité. .

Pour faire valoir ce que de droit.

Villeurbanne,

Le

Signature :