

INSCRIPTION CASI 2024/2025

| NOM | | PRENOM | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|
| ACTIVITE | inscription 2024/2025 | INSA | Vacataire Extérieur COUT |
| Aïkido* | | 96 € | 129 € 171 € |
| Aquarelle | | 109 € | 148 € 195 € |
| Badminton | | 41 € | 59 € 74 € |
| Basket | | 45 € | 60 € 75 € |
| Billard | | 55 € | 75 € 99 € |
| Chorale | | 63 € | 85 € 112 € |
| Circuit training | | 60 € | 82 € 108 € |
| Couture | | 120 € | 162 € 214 € |
| Golf pour 1 semestre vendredi | | 73 € | 113 € 130 € |
| Marche nordique | | 54 € | 73 € 96 € |
| Méthodes méditatives | | 55 € | 75 € 99 € |
| Méthode Pilates | | 89 € | 120 € 158 € |
| Natation lundi | | 82 € | 111 € 146 € |
| Natation jeudi | | 82 € | 111 € 146 € |
| Peinture | | 87 € | 117 € 155 € |
| Renforcement musculaire | | 92 € | 125 € 164 € |
| Sophrologie/12 séances | | 98 € | 132 € 175 € |
| Tennis de table | | 36 € | 52 € 65 € |
| Théâtre | | 117 € | 158 € 209 € |
| Tir à l'arc | | 123 € | 166 € 219 € |
| Volley | | 47 € | 64 € 84 € |
| Yoga | | 87 € | 118 € 155 € |
| Yoga Dynamique | | 87 € | 118 € 155 € |
| | | | |
| S/Total | | | |
| cartes | | | 8 € |
| Centre remise Forme * | | 145€ ou 200€ ← | suivant indice |
| Indice si <500 (remise en forme): | | | |
| TOTAL | | Chèque | Espèces |

* activité nécessitant un certificat médical (CMNCI)

Fiche renseignements CASI 2024/2025

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 | INRA | CPE | Vacataires |
| UCBL | INRIA | Autre précisez : | |

| Famille des personnels INSA INSAVALOR FONDATION* | |
|---|--------|
| Conjoint | Enfant |

Activités sportives sans 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 médical pour votre inscription à une activité sportive au Casi en 2024/2025

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) Présentez-vous un ou des symptômes suivants (Fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs)? | | |
| 8) Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ? | | |
| 9) 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 ? | | |
| 10) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | | |
| 11) 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 REPOSE 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 :