

Questionnaire



Nom _____

Adresse mail _____

Prénom _____

Théâtre _____

Date de naissance

JOUR | MOIS | ANNÉE
_____ | _____ | _____

Profession/année scolaire : _____

Loisirs : _____

J'autorise l'association MCK Pilates à utiliser comme support toutes photos ou vidéos prises dans le cadre des activités de l'association :

OUI NON

J'autorise l'association MCK Pilates à utiliser comme support toutes photos ou vidéos prises dans le cadre des activités de l'association lorsque l'on ne voit pas mon visage :

OUI NON

Avez-vous des informations particulières à nous signaler (antécédents médicaux, douleurs...) :

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature _____ / _____
date

Termes et conditions : ce questionnaire est valable une année à compter de sa date de réalisation