

# Questionnaire



Nom \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Théléphone \_\_\_\_\_

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