

Demande de Calcul de VO2Max

Merci d'imprimer et de remplir ce bulletin et de nous le retourner à :
IRBMS, Maison du Sport, 367, rue Jules Guesde, 59650 Villeneuve d'Ascq

Vos Coordonnées

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>		
Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	Courriel :	<input type="text"/>

Si vous êtes membre de l'IRBMS, votre numéro d'adhérent :

Si vous souhaitez devenir membre de l'IRBMS (15 euros par an) cochez la case « OUI » et nous vous enverrons le bulletin d'inscription ainsi que les conditions et avantages en réponse à votre demande de Calcul de VO2max :

Souhaitez-vous recevoir par courrier électronique nos Lettres d'Informations Sport Santé et Diététique du Sport :

Profil et performances

Date de naissance :	<input type="text"/>	Sexe :	<input type="checkbox" value="Féminin"/> <input type="checkbox" value="Masculin"/>
Poids (en Kg) :	<input type="text"/>	Taille (en cm) :	<input type="text"/>
Sport pratiqué :	<input type="text"/>	Niveau de pratique :	<input type="text"/>
Nombre d'heures de pratique par semaine :	<input type="text"/>		
Prenez-vous des médicaments :			<input type="checkbox" value="oui"/> <input type="checkbox" value="non"/>

Si oui, le(s)quel(s) :

Votre temps sur 10 000 mètres :

Si vous avez fait un Test Cooper, distance réalisée :

Facultatif : votre temps sur un semi-marathon :

Facultatif : votre temps sur un marathon :