



les cours débutent le 9 septembre 2024 et se terminent le 05 juillet 2025
 Sauf exception, pas de cours durant les vacances scolaires et jours fériés.

Adhérent

NOM Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____ 

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM Prénom _____ 

Lien _____ 

Cours choisi

Jour Lundi 9H-10H15 Mardi 8H30-9H45 Jeudi 19H-20H15 Samedi 9H-10H15
 Lundi 18H30-19H45 Mardi 19H-20H15

Quel yoga préférez-vous ? _____

Comment nous avez vous connu ? _____

Formule choisie (-10% tarif solidaire pour chomeur ou étudiant)

- Forfait annuel 2024/2025 **355€**, inclus adhésion de 10€ à l'association, soit 34 cours
 Forfait 20 cours **250€**, inclus adhésion de 10€ à l'association, valable 6 mois
 Forfait 10 cours **135€**, inclus adhésion de 10€ à l'association, valable 3 mois
 A la carte, soit 15€ par séance + 10€ d'adhésion à l'association, soit _____

Règlement

Mode de Payment choisi (chèque ou virement IBAN FR76 3000 3035 4000 0510 1449 904) _____

Nombres de chèques (1, 2, 3) _____ Montant payé _____

Consentement

Je prends note que toute année commencée est due et qu'aucun remboursement de l'adhésion et de la cotisation aux cours ne pourra avoir lieu.

Je suis conscient(e) qu'il m'appartient de m'assurer que mon état de santé est compatible avec la pratique du yoga avec en cas de doute, je suis les conseils de mon médecin. A ce titre, j'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé cerfa ref.15699*01, sinon je m'engage à fournir un certificat médical.

Je soussigné(e)..... déclare que mon état de santé est compatible avec la pratique de cours de yoga et décharge l'association et les enseignants de toute responsabilité dans la survenue d'un problème de santé quel qu'il soit.

Date**Signature,****précédé de la mention "lu et approuvé"**
