

YOGA D

Nom et Prénom :

Adresse :

Mail :

Tél :

Date de naissance :

Je m'inscris à la pratique de Yoga du Lundi – Mardi – Mercredi – Jeudi (souligner le jour souhaité)

Il est toujours souhaitable de demander l'avis de votre médecin avant de commencer le yoga.

Faites vous de l'hypertension ? oui / non ou de l'hypotension ? oui / non

Avez vous des problèmes de dos, nuque, genoux, hanches ? oui / non

Avez vous des problèmes cardiaques ou respiratoires ? oui / non

Avez vous des problèmes de santé non-mentionnés ci dessus ? si oui, lesquels ? spécifiez.....

Je suis qualifiée pour vous guider dans votre pratique de yoga mais assurez-vous de toujours bien suivre mes instructions. En tant qu'étudiant (e) de Yoga, vous demeurez entièrement responsable de votre pratique, de votre sécurité et de votre bien-être. La responsabilité de prendre une posture ou non, de la garder ou d'en sortir, vous revient. En signant ce formulaire, vous me dégagez de toute responsabilité. Votre inscription est non remboursable et/ou non transférable.

Affiliation (pas obligatoire) à l'assurance Ethias (conditions à lire sur place) de septembre à juin pour

4€ *O désire *O ne désire pas

J'ai pris connaissance du site, des horaires et des conseils pratiques.

Je souscris aux conditions d'inscription mentionnées sur le site et ci dessus.

Date : Signature :

(précédée de la mention : lu et approuvé)

Fiche d'inscription à remettre en main propre à la séance de Yoga