



# HARMONIE YOGA

SAISON  
2024-2025

Nom		Prénom	
Date de naissance :			
Adresse		N° et Rue :	
Code postal		Ville	
Téléphone fixe		Téléphone Mobile	
E-mail			
Personne à contacter en cas d'urgence :		Téléphone	
Pour les mineurs, personne responsable :			
Avez-vous déjà pratiqué le yoga ?		Vos attentes ?	
Problèmes de santé, limitations ?			
Certificat médical de moins de 3 ans (Validité du certificat : 3 ans)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si vous n'avez pas de certificat médical. Merci de signer le formulaire au dos.
Responsabilité Civile ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>ADHESION</b>			
20 € ANNUELLEMENT (A payer séparément de la cotisation)			
<b>ABONNEMENT</b> 1 cours/semaine  <input type="checkbox"/> Annuel 300 € (*) <input type="checkbox"/> Trimestriel 120 € <input type="checkbox"/> Mensuel 45 € <input type="checkbox"/> Carte de 10 cours 135 € <input type="checkbox"/> Au cours 15 €	2 cours/ semaine ou couple  <input type="checkbox"/> Annuel 420€ <input type="checkbox"/> Trimestriel 168 € <input type="checkbox"/> Mensuel 63 €		<b>COURS CHOISIS</b>  <input type="checkbox"/> LUNDI 18 :30 <input type="checkbox"/> MERCREDI 17:30 <input type="checkbox"/> JEUDI 10 :30
<b>REGLEMENT :</b> <input type="checkbox"/> Par chèque(s). <i>Maximum 3</i> ..... <i>Libeller les chèques à l'ordre de : Harmonie Yoga</i>		<input type="checkbox"/> Par prélèvement mensuel via une plateforme ultra sécurisée	
<input type="checkbox"/> Espèces		AUTRES : (chèques entreprise etc...)	

DATE INSCRIPTION .....SIGNATURE.....

Votre signature vaut acceptation du règlement.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Selon la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous exercez un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.





## Je ne fournis pas de certificat médical :

Je certifie que :

1. Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, ne me permettant pas de pratiquer le yoga
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique du yoga.
3. J'ai connaissance de la nature des activités auxquelles je m'inscris.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je reconnais être dans un état de santé me permettant de suivre les séances de yoga et en assume la responsabilité.

C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

Nom, prénom :

Date :

Signature:

## Je ne fournis pas de copie de ma licence RC

Je certifie que je suis assuré(e) au titre de ma responsabilité civile vis-à-vis des tiers et des dommages corporels et incorporels que je pourrais leur causer.

Nom, Prénom

Date :

Signature

