

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## aux cours de PARINAMA YOGA

Nom, Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Vous avez déjà pratiqué du Yoga  OUI  NON

Si oui, SVP, indiquez le type de Yoga pratiqué et pendant combien de temps

Merci d'indiquer si vous avez des problèmes de santé (notamment douleurs au cou, aux épaules, au dos, aux genoux; problèmes de hyper/hypotension, diabète, opérations chirurgicales, arthrose, ostéoporose, etc.)

Il est de la responsabilité de l'élève de consulter un médecin avant sa première séance afin de valider la non contre-indication de la pratique du yoga par rapport à son état de santé.

- J'ai lu et pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du Centre de Yoga
- Je vais fournir sous 15 jours un certificat médical attestant mon aptitude à la pratique du Yoga.
- Je déclare bénéficier d'une assurance « responsabilité civile » couvrant la pratique du Yoga.

Les données personnelles fournies avec ce formulaire seront utilisées uniquement pour l'organisation des cours et pour comprendre le parcours didactique le plus indiqué pour chaque élève.

- En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations ainsi saisies soient utilisées pour ces fins.

DATE

SIGNATURE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_