



Bulletin d'Inscription aux cours de Yoga 2024/2025

NOM : **Prénom :**

Adresse.....
.....

Téléphone.....

Courriel@.....

Acceptez-vous de communiquer votre adresse mail et votre n° de téléphone aux membres de votre groupe de Yoga ? OUI NON

Photo
obligatoire

Date de naissance/...../.....

PROFESSION :

PRATIQUE ANTÉRIEURE du

Yoga :

.....

AUTRES

PRATIQUES :

.....

MOTIVATION pour le

Yoga :

.....

JOUR souhaité

OBSERVATIONS.....

.....

MÉDITATION

Je souhaite compléter ma pratique du Yoga et m'inscrire au cours de méditation
du mercredi de 18h à 19h (voir conditions) OUI NON

CERTIFICAT MÉDICAL de non-contre-indication à la pratique du Yoga exigé.

Je reconnais avoir pris connaissance des consignes générales et règles sanitaires jointes à ce bulletin.

Date..... **Signature**.....

Merci de retourner ce formulaire avec votre règlement sous enveloppe fermée à l'adresse suivante : ASL YOGA Gymnase Jacques Tassin 1 rue du Président Paul Doumer 78430 Louveciennes avant le 25 septembre.

