

Questionnaire médicale :

Mode de paiement :

GROUPE :

HORAIRES :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024/2025

YOGA

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : _____

Téléphone portable : _____

Personne à prévenir : _____ **Téléphone :** _____

Date et signature du responsable* :

***La signature entraîne automatiquement la connaissance et l'acceptation du règlement intérieur de l'association.**

COTISATION SAISON 2024-2025

140€

Possibilité de règlement en trois fois (octobre, décembre et mars). S'il vous plaît, faites en sorte que les montants de vos chèques soient entiers (sans centimes). Merci.