

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.*