



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE

YOGA

ANNEE 2025 - 2026

ADHERENT(E) :

NOM * :

PRENOM * :

DATE DE NAISSANCE * :/...../.....

ADRESSE * :

NOM DU REPRESENTANT LEGAL :

NOMBRE D'INSCRITS DANS LA FAMILLE :

NOM DE LA 2^e PERSONNE INSCRITE :

TELEPHONE * :

EMAIL * (EN MAJUSCULES) :@.....



PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE *

DROIT A L'IMAGE * ☐ OUI ☐ NON

PAIEMENT * : ☐ CHQ ☐ CB ou VIR

ADHESION A L'ASSOCIATION : 10€ PAR PERSONNE + COTISATION AU FORFAIT 210€/AN

CERTIFICAT MEDICAL OU DECHARGE :

☐ FOURNI ☐ A FOURNIR

CONTRE-INDICATIONS MEDICALES :