



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE

YOGA

ANNÉE 2026 - 2027

ADHÉRENT(E) :

NOM * :

PRÉNOM * :

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

ADRESSE * :

NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

NOMBRE D'INSCRITS DANS LA FAMILLE :

TÉLÉPHONE * :

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

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE * :

DROIT À L'IMAGE * : ☐ OUI ☐ NON

PAIEMENT * : ☐ CHQ ☐ CB ou VIR (Hello Asso)

☐ FORFAIT ANNUEL : **230€/AN** (adhésion comprise)

☐ FORFAIT TRIMESTRE : **100€/TRIMESTRE** (adhésion comprise)

☐ RÉDUCTION FAMILLE DE 10€ (à partir du 2e membre)

NOM DU 1er INSCRIT DE LA FAMILLE :

NOM DE LA 2^e PERSONNE INSCRITE DE LA MÊME FAMILLE:

NOM DE LA 3^e PERSONNE INSCRITE DE LA MÊME FAMILLE:

CERTIFICAT MÉDICAL OU DÉCHARGE :

☐ FOURNI ☐ A FOURNIR

CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES :