

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2024 -2025
COURS DE YOGA RAPHAËLLE ROSE BLOSSOM
INFORMATIONS GENERALES ET QUESTIONNAIRE DE SANTE

Les cours débuteront le lundi 9 septembre 2024 et se termineront le vendredi 20 juin 2025.

Prénom :

Nom :

E-mail :

Numéro de téléphone portable :

Avez-vous déjà pratiqué le yoga ?

Avez-vous des problèmes de santé, des douleurs physiques, subi une opération récente, une blessure, ou tout autre information à me signaler ?

Cours choisi :

- Penvéan les lundis de 10h30 à 11h45
- Trélévern les lundis de 18h30 à 19h45
- Lannion les mardis de 12h15 à 13h30
- Lannion les mardis de 18h30 à 19h45
- Trélévern les mercredis de 10h30 à 11h45
- Penvéan les jeudis de 18h à 19h15
- Perros-Guirec les vendredis de 10h30 à 11h45

Date de naissance :

Commune (adresse) :

Profession :

Souhaitez-vous recevoir mes informations d'ateliers, d'évènements, etc. par mail ?

Etes-vous une femme enceinte ? Si oui, nombre de mois :

Que recherchez-vous dans la pratique du yoga ?

Règlement :

- Septembre : 1er trimestre : 169 euros (13 séances).
- Janvier : 2e trimestre : 143 euros (11 séances).
- Avril : 3e trimestre : 117 euros (9 séances).

Option de paiement :

- 1 chèque (1^{er} trimestre) à l'ordre de Raphaëlle Cador.
- 3 chèques (3 trimestres, encaissés en septembre, janvier et avril) à l'ordre de Raphaëlle Cador.
- Virement bancaire (me demander mon RIB) 1^{er} trimestre.
- Espèce 1er trimestre

L'inscription est définitive, aucun remboursement ne sera effectué.

Décharge de responsabilité

Je soussigné(e)

renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit auprès de Raphaëlle Cador.

Ceci concerne en particulier les cas d'accident ou blessure. Si votre condition physique venait à changer il vous appartient d'en aviser le professeur. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement une assurance maladie/accident et responsabilité civile.

En tant qu'élève de yoga, vous demeurez entièrement responsable de votre pratique, de votre sécurité et de votre bien-être. La responsabilité de prendre une posture ou non, de la garder ou d'en sortir vous revient. En cas de doute sur votre aptitude à pratiquer le yoga, demander l'avis de votre médecin. En signant ce formulaire, vous dégagez Raphaëlle Cador de toute responsabilité.

Ale

Signature précédé de la mention « Lu et approuvé »

Raphaëlle Cador

06.17.81.77.66

raphaellecador@gmail.com

Numéro SIRET : 837 937 267 00032

