

FICHE D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

PORTABLE :

ADRESSE E-MAIL :

Nom, Prénom et no. de tél. d'une personne à contacter en cas de problème :

.....

ETAT DE SANTE

Problèmes respiratoires :

Problèmes articulaires :

Problèmes vertébrales :

Opérations :

Médicaments :

Tension artérielle :

Autres observations :

.....

TYPE D'ABONNEMENT

Abonnement :

Pour la période du : au

Mode de paiement :

Montant :

Je soussigne, en l'absence de certificat médical, affirme être apte à pratiquer le yoga chez SOHAM YOGA.

Lieu, Date :

Signature :

Soham  Yoga

Namaste : mon âme salut ton âme