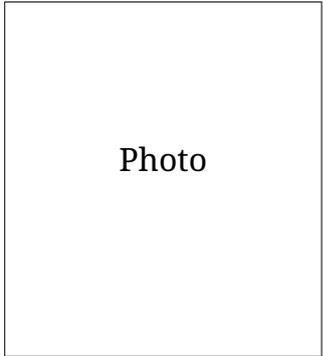




YOGA DU BOUT DU MONDE

Inscription 2025- 2026



Nom : _____ Prénom _____

Né(e) le ___/___/___ à _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tel : _____ Portable : _____

Mail : _____

Profession : _____

INFORMATIONS MEDICALES (certificat médical obligatoire)

Particularité(s) physique(s) : _____

Certificat médical remis le : ___/___/___

Femmes enceintes : date prévu d'accouchement : ___/___/___

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ PRENOM : _____

Tel : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___

ACTIVITE YOGA

Expérience du yoga : _____

Cours de Yoga le(s) Jour(s) : _____ Horaire(s) : _____

