



MagnYoga

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2025/2026

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Profession :

Téléphone :

Mail : (en lettres capitales) :

Merci de cocher la case correspondante à votre / vos cours.

YOGA VINYASA

~~Mardi 18h00 à 19h00~~ COMPLET

Mardi 19h15 à 20h15

Jeudi 18h00 à 19h00

Jeudi 19h15 à 20h15

Vendredi 12h45 à 13h45

YOGA VINYASA DOUX

Mardi 09h30 à 10h30

HATHA YOGA (Nouveauté 2025)

Lundi 18h00 à 19h00

COTISATION & ADHESION

Merci de cocher la case correspondante à votre formule et votre mode de paiement.

FORMULES PROPOSÉES :

- Formule 1 : 1 cours par semaine : 320 Euros + 30 Euros d'adhésion = 350€
- Formule 2 : 2 cours par semaine : 512 Euros + 30 Euros d'adhésion = 542€

PAIEMENTS ACCEPTÉS :

- 1 chèque de la totalité à fournir avec le dossier d'inscription.
- 3 chèques à fournir avec le dossier d'inscription - Ordre : MAGNYOGA
- Encaissements à prévoir : début octobre / janvier / avril
 - **Formule 1** = 120€ + 120€ + 110€ = 350€
 - **Formule 2** = 200€ + 200€ + 142€ = 542€
- 10 chèques à fournir avec le dossier d'inscription - Ordre : MAGNYOGA
- Encaissements à prévoir : d'octobre à juillet inclus
 - **Formule 1** = 10 x 35€ = 350€
 - **Formule 2** = 1 x 92€ + 9 x 50€ = 542€

-
- Chèques ANCV ou Coupons Sport (impossible pour les inscriptions en cours d'année)

-
- 1 Virement de la totalité de la somme à effectuer avec l'inscription (Rib sur demande)

-
- Espèces de la totalité de la somme à effectuer avec l'inscription

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'Association **MagnYoga** et sollicite mon adhésion pour l'année 2025/2026

Fait à

le

Nom, Prénom et signature de l'adhérent

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre inscription.

Si vous aviez déjà fourni un certificat médical en 2023/2024 ou 2024/2025, sachez qu'il est valable pendant 3 ans.

Au cours des 12 derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée ?		
A ce jour	OUI	NON
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite etc ...)		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Vous devrez indiquer au professeur si vous avez une pathologie particulière ou des douleurs, pour une bonne adaptation des postures de Yoga (ex: hernie, spondylolisthésis, arthrose etc ...)

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du participant.

-Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir

-Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Il est nécessaire de consulter un médecin afin d'obtenir un certificat médical.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur, avoir répondu sincèrement à ce questionnaire de santé.

Fait à

le

Nom, Prénom et signature de l'adhérent