



# 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~~ **COMPLET**

☐ ~~Vendredi 12h45 à 13h45~~ **COMPLET**

---

### 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 inexpliquée ?                     |     |     |
| 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*