

# Bulletin d'inscription

## Yoga du Rire



A retourner à :  
« Association ESPACE VITAL »  
9 rue des Charmilles 35510 Cesson Sévigné

ou à remettre à l'animateur/trice

Lieu de cours : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Tél : .....

E-mail : .....

J'ai des informations ou antécédents médicaux que je signale à l'animateur (maladies, interventions ou accidents susceptibles d'influencer l'activité) :

.....  
.....

Je m'inscris pour l'année en cours et joins le règlement des séances ..... + 15 € (montant de l'adhésion) à l'ordre de l'association Espace Vital. (Plusieurs chèques possibles)

J'ai lu le chapitre « cotisation & abonnement » du règlement intérieur et en accepte sans réserve le contenu.

Forfait choisi :  à l'année- 180 €,  10 séances à suivre- 70 €,  à la séance-8 €  
 réduit – 150 €  réduit – 150 €

Certificat médical obligatoire, sous l'entière responsabilité du pratiquant.

Début du forfait le cas échéant : .....

Date :

Signature :