**ASL YOGA - ANNEE 2020 – 2021**

**Cours du lundi (16h45 – 18h) Cours du mercredi (20h – 21h30)**

**Salle Courteline**

**NOM** : ………………….………………...………. **PRENOM** : ……………………………………….…………………………...

**DATE DE NAISSANCE** : ……………………………………………..

**N°** : ………………… **RUE** : ………………………………………………...………………………………………………………….…………..…

**CODE POSTAL** : ………………………. **COMMUNE** : …………………………………………………………..……..

**Adresse mail** : ……………………..….……...@…………………..…………… **N° Portable : …………………….………….**

**Cotisation annuelle**

**Cours du lundi** (1h15)

**☐** Luynes : 105 € **☐** 2 chèques (35 et 70 €)

**☐** Hors commune : 115 € **☐** 2 chèques (40 et 75 €)

**Cours du mercredi** (1h30)

**☐** Luynes : 120 € **☐** 2 chèques (40 et 80 €

**☐** Hors commune : 130 € **☐**2 chèques (45 et 85 €)

**Cours des lundi et mercredi**

**☐** Luynes : 180 € **☐** 2 chèques (60 – 120 €)

**☐** Hors commune : 190 € **☐** 2 chèques (65 – 125 €

* **En cas de pandémie, seulement l’un des deux chèques sera mis en paiement.**

**Documents à fournir lors de l’adhésion**

* Bulletin d’adhésion complété et signé
* Règlement de la cotisation à l’ordre de ASL YOGA
* 1 certificat médical de non contre-indication à la pratique du yoga (datant de moins de 3 mois)  
  ou attester avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ATTESTATION***  *Je soussigné(e) :*  *Nom : …………………………………………………………………. Prénom : …………………………………………………………..*  *Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu* ***NON*** *à toutes les questions du questionnaire de santé.*  ***Je sais qu’à travers cette attestation, j’engage ma propre responsabilité.***   |  |  | | --- | --- | | *Certificat médical précédent :*  *Date :..…./….../……*  *Nom du médecin : ……………………………………………* | *Date et signature* | |

|  |
| --- |
| ***Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la section et m’engage à la respecter.***  ***Date et signature*** |

|  |
| --- |
| Cadre réservé à l’association  Certificat médical ☐ |