



# Fiche de renseignements (merci d'écrire lisiblement)

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**Code Postal** : ..... **Ville** : .....

**Téléphone ou portable** : .....

**Adresse mail** : .....

**Age** : ..... **Profession** : .....

**Comment avez-vous connu l'association HOBO :**

Affiche  Flyer merci de préciser le lieu : .....

Internet  Amis

**Renseignements complémentaires (opérations, douleurs, asthme, allergies, difficultés...)** :

.....  
.....

**Vos souhaits dans les cours de Yoga :**

.....  
.....

**Cocher la case correspondant à votre choix :**

Je choisis de payer uniquement les cours où je serais présent(e) pour l'année 2019 / 2020 d'un montant de **10 Euros** la séance comprenant l'adhésion à l'association HOBO.

Je choisis de payer un forfait annuel des cours pour la saison 2019 / 2020 de 210 euros + 10 Euros d'adhésion à l'association HOBO, soit **220 Euros**.

Je m'engage à fournir un certificat médical indiquant aucunes contre-indications à la pratique du Hatha Yoga qui sera valable pour une durée de trois ans (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Je reconnais avoir eu la proposition d'une couverture de garantie corporelle renforcée IA SPORT+ de la MAIF.

**Date et Signature Obligatoire :**