



**aloka**  
YOGA

## Fiche d'inscription aux cours hebdomadaires

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Commune : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

E-mail : .....

**Suivez-vous un traitement médical ? Si oui, lequel ?** .....

**Difficultés physiques avérées :** .....

**Autres renseignements médicaux à signaler et conduite à tenir :** .....

.....

**Cours que vous suivrez :** .....

.....

**Signature :** Je soussigné(e) .....  
reconnais avoir pris connaissance du règlement ci-joint et en respecter le contenu.  
J'autorise l'intervenant à prendre les décisions nécessaires en cas d'urgence  
(hospitalisation, etc.).

Date : ..... / ..... / .....

Signature :