



# Fiche d'inscription

## Cours de Viniyoga à Unis-Vers 21

**21, Bd Jacques Millot**

(quartier Justices)

Brigitte GUILLOU

☎ 06 36 84 98 91

<http://viniyoga-angers.com>

Siret : 79471602700014

**Saison 2017/2018**

**NOM :**

**Adresse :**

**Tél fixe :**

**Prénom :**

**Courriel :**

**Portable :**

Reprise des cours, semaine 37  
(lundi 11 et mercredi 13/09/2017)

Je choisis l'horaire suivant :

Lundi de 18 h 30 à 19 h 45 (tous niveaux)

Lundi de 20 h 00 à 21 h 15 (tous niveaux)

Mercredi de 18 h 30 à 19 h 45 (tous niveaux)

Avez-vous déjà pratiqué le yoga ?

Oui

Non

Par quel moyen avez-vous pris connaissance de l'annonce ?

Rencontrez-vous un problème particulier de santé ?

## Le forfait annuel est de 310 € pour 31 cours d'1h15

Je suis débutant(e), je règle 15 € pour le cours « découverte ».	
Je m'inscris à l'année, les 15 euros seront déduits de mon forfait	<input type="checkbox"/>
Je ne souhaite pas m'engager à l'année, les 15 € <u>ne me seront pas restitués</u>	<input type="checkbox"/>

**Je dispose de 3 modalités de paiement au choix, pour un engagement à l'année :**

Soit je règle le solde de 310 €, en une seule fois, par chèque	<input type="checkbox"/>
Soit je règle le solde de 310 € en 3 versements de 103 € chacun (1)	<input type="checkbox"/>
Soit je règle le solde de 310 € en espèces	<input type="checkbox"/>

**(1) Les 3 chèques sont à remettre obligatoirement au professeur, lors de l'inscription en septembre afin de couvrir les 3 trimestres. Ils seront encaissés : début novembre 2017, début janvier 2018 et début avril 2018.**

*J'ai bien noté qu'en aucun cas, l'absence à un ou plusieurs cours ne donnera lieu à un remboursement ou à un dégrèvement. Cependant, une séance manquée peut être rattrapée sur un autre jour de la semaine (sous réserve de place disponible).*

*J'ai bien noté que la pratique de cette activité ne nécessite pas de certificat médical. Cependant, j'atteste que Madame Brigitte GUILLOU, enseignante de Viniyoga, m'a invité à consulter un médecin afin de vérifier que mon état de santé me permette de la pratiquer.*

Fait à :

Le :  
Signature :

Septembre 2017