



## FICHE D'INSCRIPTION

Nom: ..... Prénom: .....

Date de Naissance: ...../...../..... Profession: .....

Téléphone fixe: .....Téléphone portable: .....

Adresse e-mail: .....

Contact en cas d'urgence: .....

### QUESTIONNAIRE d'AIDE A LA PRATIQUE

*Ce questionnaire est strictement confidentiel et réservé à l'usage unique de l'enseignant. Il permettra de mieux adapter le cours à vos besoins.*

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? OUI / NON

**Restrictions** - maladie, blessures - interventions chirurgicales - douleurs articulaires récentes ou récurrentes (genou, cheville, poignets, nuque, dos, bassin, jambes ...) - problèmes de santé à prendre en compte (même anciens), traitement particulier, etc

*(en cas de doute, consulter votre médecin* .....

Certaines postures devront être adaptées ou évitées dans certains cas. Merci d'indiquer si vous êtes dans le(s) cas suivant(s) (possibilité de proposer des techniques d'amélioration de ces conditions physiques).

- hypertension  hyperthyroïdie  problème de cervicales / cou
- maladie respiratoire  asthme  migraines  insomnies  acouphènes
- hernie  sciatique  scoliose  maladie ophtalmique  maladie du coeur
- maladie auto immune  autres: précisez

*(Merci de me tenir au courant au fur et à mesure d'éventuelles blessures, restrictions et autres soucis de santé que vous pouvez rencontrer au cours de l'année)*

- Je certifie avoir pris connaissance du planning, du règlement intérieur et des modalités d'inscription.
- Signer la décharge de responsabilité (déclaration sur l'honneur d'aptitude médicale ou certificat médical)
- Pas de cours pendant les vacances scolaires ni jours fériés (des ateliers pourront être proposés).

Date: .....

"Lu et approuvé" suivi de votre signature



## DÉCHARGE de RESPONSABILITÉ

### Cours de Yoga 2024 - 2025

Suite à mon inscription et adhésion à Yellow Yoga (Association November Now), je soussigné(e) .....

demeurant au .....

certifie sur l'honneur avoir pleine capacité et aptitude physique à pratiquer le yoga et qu'il n'existe pas de contre-indications médicales m'empêchant de pratiquer le yoga.

Il est de ma responsabilité de consulter un médecin avant de participer à un cours de yoga et de fournir un certificat médical me déclarant apte à pratiquer cette discipline sous un délai de 30 jours après ma première séance. A défaut de certificat médical, je certifie qu'aucun médecin ne m'a déconseillé la pratique de cette activité et je décharge le professeur, l'association, ses responsables et ses membres de toutes responsabilités en cas de blessures ou de dommages survenus lors de ma participation aux cours de yoga.

Je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit auprès de l'association et du professeur. Ceci concerne en particulier les cas d'accident, blessure, vol, dégâts sur les biens personnels ou autres, se produisant lors des cours de l'année 2024/2025.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement une assurance maladie / accident et responsabilité civile.

C'est en toute connaissance de cause que je signe le présent document. J'accepte, de mon plein gré, de participer aux cours de yoga, en sachant dans quelles conditions ils vont se dérouler.

Fait à .....le...../...../.....

"Lu et approuvé" suivi de votre signature