



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Séances de Hatha Yoga - Saison 2025-2026

→ Merci de remplir ces documents en lettre capitale, de cocher les cases correspondantes.

COORDONNÉES

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom : _____

Adresse postale : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° de téléphone (domicile et portable) : _____

Adresse e-mail : _____

COTISATIONS

Saison 2025 -2026

(8 septembre-3 juillet)

- Indiquez les lieux, jour et horaire de la séance

- Cotisation associative annuelle :

Adhésion AUMUTOPIA	15 €
--------------------	------

- Cotisation annuelle aux séances :

ADULTE - 1 Séance hebdo 1h15	290 €
COUPLE - 1 Séance hebdo 1h15 (/pers.)	232 €
Yoga adapté - 1 Séance hebdo 1h	280 €

[1 à 3 chèques donnés en début d'année]

OU

- Cotisation à la carte :

Carte 10 séances 1h15 - validité 6 mois -	160 €
--	-------

Afin d'assurer la gestion des cotisations multiples, nous vous remercions
d'effectuer vos règlements par chèques
séparés et dès le début de l'année.

à l'ordre de : AUMUTOPIA



Attestation de non contre-indication à la pratique du yoga

Il est toujours préférable de consulter votre médecin traitant avant de commencer une nouvelle pratique d'exercice physique. Le(s) professeur(s) sont qualifiés pour vous guider dans votre pratique de yoga mais assurez-vous de toujours bien suivre ses (leurs) instructions.

Dans une séance de yoga, en tant qu'élève, vous êtes entièrement responsable de votre pratique, de votre sécurité et de votre bien-être. La responsabilité de prendre une posture ou non, de la garder ou d'en sortir, vous revient. En signant ce formulaire, vous dégagez AUMUTOPIA de toute responsabilité.

Si votre condition physique venait à changer au cours de l'année, il vous appartiendrait d'en avertir le(s) professeur(s), ces informations permettant au professeur de guider au plus juste dans votre pratique.

Je, soussigné.e (prénom et nom) _____, déclare ne présenter aucune contre-indication à la pratique du yoga.

Je suis informé.e qu'il m'appartient de souscrire personnellement une assurance responsabilité civile.

En l'absence de certificat médical et d'attestation d'assurance, je décharge toute responsabilité et je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit auprès de l'association AUMUTOPIA et de ses professeurs.

Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur de l'association AUMUTOPIA (remis lors de l'inscription).

(précédé de la mention « lu et approuvé »)

Signature
(de l'adhérent ou représentant légal pour les enfants mineurs)

Fait à _____

Le _____

« Les informations demandées sont utilisées pour la gestion des inscriptions. Le responsable de ce traitement est AUMUTOPIA. Vous pouvez contacter le responsable du traitement à l'adresse suivante : aumutopia@gmail.com. Les informations sont conservées pendant 1 an à compter de la remise de ce questionnaire complété. Conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD), vous disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, ainsi que leur rectification, leur effacement, la limitation du traitement, le droit de s'opposer au traitement ou le droit à la portabilité des données. Ces droits s'exercent auprès de AUMUTOPIA à l'adresse suivante : 10 La Vacherie 79190 Mairé-L'Evescault – aumutopia@gmail.com). Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant le traitement de vos données. »