

PRÉNOM: _____ NOM : _____

Adresse : _____

Téléphone : Maison : _____ Cell : _____ Bur : _____

Courriel : _____ Année de naissance : _____

JE M'INSCRIS POUR SAISON : () AUTOMNE () HIVER () PRINTEMPS () ÉTÉ ANNÉE _____

FORFAIT DE _____ cours pour _____ \$ RABAIS: _____ PRIX À PAYER : _____

DÉPÔT : _____ \$ le _____ Argent Chèque att. Pascale Charest # _____ Paypal/Virement

SOLDE max. 1^{ière} sem. de cours : _____ \$ le _____ Argent Chèque att. Pascale Charest # _____ Paypal/Vir

NOTE : _____ **Besoin d'un reçu (.)**

ENCERCLEZ VOS HEURES DE COURS ET NUMÉROTEZ VOS PRÉFÉRENCES SI PLUS D'UN COURS :

YOGA FONDATIONS : Lundi 10h30 19h30 Merc 10h30 Merc 18h15 Vend 10h30* (*avec Flow)

Dim 9h15 Dim 10h45*

YOGA EXTRA DÉTENTE : Merc 20h Jeudi 18h Vend 18h* (* avec QiGong et Méditation)

YOGA ÉQUILIBRE DE VIE : Mardi 10h Mardi 18h15 Mardi 20h Merc 16h15 Jeudi 9h30

Yoga jeunes et parents : Jeudi 16h15 (5 à 8 ans) Dim 16h (8 à 12 ans) **Yoga Post-natal : Vend 12h30** _____

QI GONG : Lun 18h (60 min) Merc 14 h (75 min.) Vend. 9h (75 min.) Vend 18h* +yoga doux & Méditation 75 min

ATELIER MÉDITATION & Pleine conscience : niveau Fondation (120 min) ou niveau Intro(75min) : Jeudi 19h30

ATELIER MÉDITATION & Pleine conscience : niveau Évolution : Lundi 19h15 à 21h15 (studio externe)

JE CONFIRME AVOIR LU ET ÊTRE D'ACCORD AVEC LES POLITIQUES PRÉSENTÉES CI-DESSOUS :

1. **Les cours ouvriront sur un minimum de 6 personnes ou argent remis.**
2. **Les places étant limitées**, la totalité des frais doit être réglé idéalement avant le début des cours soit :
en argent comptant OU par **chèque au nom de PASCALE CHAREST**. SVP remettre en main propre ou remettre à la Boutique Patinage Plus, ATT. Pascale Charest 3800 Boul. de la concorde Est, Laval, H7E 2C9
3. **Votre forfait vous donne la possibilité** de reprendre vos cours durant la saison de votre forfait et dans le cadre des cours qui seront ouverts.
4. **Si vous annulez** votre inscription avant le début des cours, vous serez remboursé ou crédité moins 25\$ de frais administratifs.
5. **En cours de session, en cas d'abandon, aucun remboursement** ou note de crédit ne sera accordé.
6. Les forfaits ne sont ni transférables, ni remboursables.
7. **Si vous deviez vous absenter pour maladie** ou toute autre raison de cette importance, veuillez nous contacter le plus rapidement possible pour faire des arrangements.
8. **Je certifie que je suis responsable de ma santé, de ma sécurité et de mon bien-être.** Je suis physiquement capable de faire du yoga. Je reconnais par la présente que les propriétaires du building ou on lieu les cours et les professeurs m'enseignants ne sont pas responsables des blessures subies, des accidents ou des pertes de biens personnels. Je libère les professeurs et ses employés de toutes réclamations ou causes d'action qui pourraient se produire à la suite d'un problème médical dont j'ai connaissance présentement ou dont j'aurais connaissance dans l'avenir. J'accepte de respecter les directives d'utilisation des lieux et d'utiliser les installations en coopération avec les autres membres. Je m'engage à tenir informé mon professeur de toute activité qui met en doute ma sécurité et qui est susceptible de me causer une blessure ainsi que de tout changement à ma santé susceptible de modifier la pratique de yoga.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

COMPLÉTEZ LE BILAN SANTÉ SVP





Nom : _____
(Lettres moulées svp)

Téléphone : _____

Que faites-vous comme travail (précisez votre/vos positions de travail. Ex : assis-debout, ordinateur, téléphone, mouvements)

Avez-vous déjà suivi des classes de yoga, de méditation ou QiGong ? Non Oui ; Avec professeur Avec DVD ou vidéo

Combien et quand _____ Ou avez-vous entendu parler de nous ? _____

En choisissant le yoga, la méditation ou QiGong, quel est votre but? _____

Si vous souhaitez recevoir notre bulletin mensuel électronique avec des inspirations et les activités spéciales du centre, inscrivez votre adresse ici _____ (désinscription possible en tous temps et facile)

Aimeriez-vous devenir Amis Facebook de YogaCoeurActions ? _____

ÉTAT DE SANTÉ cochez si vous avez l'une ou l'autre de ces conditions :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> haute pression | <input type="radio"/> maux de tête / migraine | <input type="radio"/> fibromyalgie |
| <input type="radio"/> basse pression contrôlée ou non ? _____ | <input type="radio"/> glaucome | <input type="radio"/> problème auditif |
| <input type="radio"/> trouble cardiaque | <input type="radio"/> hernie discale | <input type="radio"/> problème digestif |
| <input type="radio"/> problème pulmonaire | <input type="radio"/> insomnie | <input type="radio"/> dépression |
| <input type="radio"/> arthrite, ou : _____ | <input type="radio"/> cancer : _____ | <input type="radio"/> anxiété |
| <input type="radio"/> douleur et/ou tensions ou : _____ | <input type="radio"/> limitation fonctionnelle | <input type="radio"/> chirurgie récente _____ |
| <input type="radio"/> Inflammation _____ | <input type="radio"/> fumeur | <input type="radio"/> grossesse : # de semaine _____ |

PRÉCISEZsvp _____

EN APPOSANT MA SIGNATURE CI-DESSOUS, JE CERTIFIE QUE JE SUIS RESPONSABLE DE MA SANTÉ, de ma sécurité et de mon bien-être. Je suis physiquement capable de faire du yoga. Je reconnais par la présente que les propriétaires du building ou on lieu les cours et les professeurs m'enseignants ne sont pas responsables des blessures subies, des accidents ou des pertes de biens personnels. Je libère les professeurs et ses employés de toutes réclamations ou causes d'action qui pourraient se produire à la suite d'un problème médical dont j'ai connaissance présentement ou dont j'aurais connaissance dans l'avenir. J'accepte de respecter les directives d'utilisation des lieux et d'utiliser les installations en coopération avec les autres membres. Je m'engage à tenir informé mon professeur de toute activité qui met en doute ma sécurité et qui est susceptible de me causer une blessure ainsi que de tout changement à ma santé susceptible de modifier la pratique de yoga.

Signature : _____ Date : _____