

PRÉSENTATION (penser à joindre un certificat médical !)

NOM :			
PRÉNOM :			
DATE DE NAISSANCE :			
ADRESSE :			
EMAIL :			
TÉLÉPHONES	Portable	Fixe	
Je pratique le yoga depuis :			
Les problèmes de santé que je rencontre actuellement (facultatif) :			
Ce que je souhaite travailler ou explorer plus particulièrement (facultatif) :			
Fréquence hebdo des cours (1 x/sem., 2 x/sem., 3 x/sem.et +) :			
JOUR(S) et HORAIRE(S) CHOISI(S)		mercredi 10h-11h15	vendredi 10h-11h15
	mardi 18h-19h15	mercredi 18h-19h15	vend.18h-19h15+19h15-20h
Comment j'ai eu connaissance de ce cours :			