



FICHE D'INSCRIPTION

IDENTITE

NOM et PRENOM

Date de naissance

Téléphone

Email

Adresse

INFORMATIONS

Je m'engage à respecter les horaires (18h-19h15), les locaux de la Maison de santé La Capelle, le matériel et la confidentialité des échanges lors de l'atelier collectif de méditation pleine conscience.

Je complète le calendrier pour réserver ma place grâce au planning défini à l'avance et disponible lors des séances.

Le paiement de la carte de 6 séances à 70€ est possible en chèque ou espèces.

Le remboursement des séances non consommées est possible en cas de problèmes de santé qui empêcherait la pratique -un certificat médical sera à fournir. La carte est conservée par l'instructrice et tamponnée à chaque séance. Je peux apporter un tapis, un plaid, un coussin (matériel disponible sur place également)

Je m'engage à communiquer et à signaler à mon instructrice, tout problème de santé connu à ce jour et opérations subies dans un souci d'adaptations des postures si nécessaire et pour le respect du corps.

J'ai reçu la brochure de présentation de l'atelier collectif de Méditation Pleine Conscience.

Avez-vous un problème médical spécifique limitant la pratique de l'activité?

.....

ENGAGEMENT

Signature et mention "lu et approuvé"

.....

Fait à Le:.....