

Centre de yoga VIRIAM

FICHE D'INSCRIPTION

à retourner avec votre chèque par la poste ou en personne au
888, rue Bernard-Pilon, local 101, McMasterville (Québec) J3G 5W8 ou par courriel à : suzanne@yogaviriam.com

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone (____) _____ poste _____ Courriel : _____

Date de naissance ____/____/____ Profession : _____
 jour mois année

Indiquez votre ou vos choix de cours (jour, heure) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1) Avez-vous des problèmes de pression artérielle?

oui non Détails : _____

2) Souffrez-vous de problèmes cardiaques ou respiratoires?

oui non Détails : _____

3) Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle, pour un problème cardiaque ou pour toute autre raison?

oui non Détails : _____

4) Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à des étourdissements ou de nausées?

oui non Détails : _____

5) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?

oui non Détails : _____

6) Avez-vous des problèmes de dos, problèmes articulaires (nuque, genoux, hanches) ou ressentez-vous des douleurs particulières?

oui non Détails : _____

7) Êtes-vous enceinte?

oui non Si oui depuis combien de temps? _____

Le CENTRE DE YOGA VIRIAM ne sera en aucun cas tenu responsable en cas d'accidents dans l'espace ou en dehors de l'espace, d'omission ou de fausses déclarations médicales, de réactions dues à une prise de médicaments avant, pendant ou après les exercices.

Je (l'élève) suis conscient(e) que tout exercice physique présente un risque.

Signature _____ Date _____