

FORMULAIRE
D'INSCRIPTION



1251 Robin
Montréal (Qc)
H2L 1W8
514.523.0731

Renseignements

Nom et prénom: _____

Adresse et ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: Domicile: _____ Mobile: _____ Travail: _____

Courriel: _____

Date de naissance: ____/____/____

Mode de paiement

Session: _____

Cours: _____

Journée: _____

Heure: _____

Types de cartes: _____

Expiration: _____

Montant total: _____ \$

Nombre de semaines: _____

- 10% étudiant

Comptant

Détail supplémentaire: _____

Chèque

FORMULAIRE
D'INSCRIPTION



1251 Robin
Montréal (Qc)
H2L 1W8
514.523.0731

Renseignements

Nom et prénom: _____

Adresse et ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: Domicile: _____ Mobile: _____ Travail: _____

Courriel: _____

Date de naissance: ____/____/____

Information concernant votre santé

1. S'il vous plait, décrivez votre état de santé actuel :

Faible Moyen Bon Très bon

2. Prenez-vous des médicaments (prescription ou autres)?

Si oui, énumérez ces médicaments et spécifiez pourquoi vous les prenez:

3. Cochez les états qui vous concernent :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Allergies | <input type="radio"/> Infirmité |
| <input type="radio"/> Anxiété/Angoisse | <input type="radio"/> Hypertension |
| <input type="radio"/> Arthrite | <input type="radio"/> Hypoglycémie |
| <input type="radio"/> Asthme | <input type="radio"/> Hypotension |
| <input type="radio"/> Burn-out | <input type="radio"/> Insomnie |
| <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Maux de têtes/ migraine |
| <input type="radio"/> Colites | <input type="radio"/> Maladie rénale |
| <input type="radio"/> Constipation | <input type="radio"/> Maladie de Chron |
| <input type="radio"/> Dépendances | <input type="radio"/> Menstruations irrégulières |
| <input type="radio"/> Dépression | <input type="radio"/> Opération récente |
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> Problèmes cardiaques |
| <input type="radio"/> Douleurs au dos(bas/milieu/haut) | <input type="radio"/> Problèmes respiratoires |
| <input type="radio"/> Douleurs chronique/fybromyalgie) | <input type="radio"/> Problèmes de Thyroïde |
| <input type="radio"/> Emphysème | <input type="radio"/> Problèmes digestifs |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Rhumatisme |
| <input type="radio"/> Gastrite/ ulcère | <input type="radio"/> Scoliose |
| <input type="radio"/> Glaucome | <input type="radio"/> Syndrome de fatigue chronique |
| <input type="radio"/> Hernie | <input type="radio"/> Syndrome premenstrual |
| <input type="radio"/> Hiv | <input type="radio"/> Symptômes de ménopause |

Voir verso →

4. Quelle est votre experience en yoga?

5. Pratiquez-vous autres disciplines physiques ?

Dégagement de responsabilité

Il est toujours preferable de consulter votre médecin avant de commencer un programme d'exercice. En tant qu'étudiant, il est de votre responsabilité de decider si vous voulez faire une posture ou non. Vous restez la personne responsable de votre sécurité et de votre bien-être.

Je soussigné-e degage le personnel et les associés de Bija Yoga de toute responsabilité pour tout ce qui a trait aux cours.

Signature: _____

Date:_____

Comment vous nous avez trouvé ?

Ami prospectus en passant internet publicité autres:

Quel moyen de transport utilisez-vous pour venir au studio ?

Voiture metro/ autobus a pied bicyclette Bixi