

NOM : ..... tél. ....

PRENOM : ..... E mail .....

DATE DE NAISSANCE : .....

PROFESSION .....

ADRESSE : .....

Avez vous déjà pratiqué le Yoga :    oui            non            Quand ?                            Combien de temps ?

SANTE : Avez vous des problèmes de santé particuliers méritant d'être signalés ?

## TARIFS Association PRANA YOGA RESPIRATION

cocher la case correspondante

TRIMESTRE  100 euros + 15 euros cotisation annuelle

Chèque 115 euros n° ..... banque.....

ANNEE.....  215 + 15 euros (cotisation annuelle)

paiement en 1 fois : chèque n° ..... banque.....

ou paiement en 3 fois...3 chèques 105 / 63/ 62 euros

1<sup>ER</sup> chèque 105 euros n° ..... 2<sup>ème</sup> chèque 63 n° ..... 3<sup>ème</sup> chèque 62 n°.....

Date de l'inscription.....