



HATHA YOGA

Pédagogie Eva Ruchpaul

Cours par 2 professeurs diplômés de l'Institut

Saison 2026-2027

Adhérent(e) n° _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Tél. Portable : _____ Date de naissance : _____

Personne à contacter si nécessaire Nom : _____ Téléphone : _____

Cours souhaité

Lundi ☐ de 18h15 à 19h30

Lundi ☐ de 19h45 à 21h00

Périodicité cours hebdomadaires, hors vacances scolaires et jours fériés.

1 cours d'essai offert à tout nouvel adhérent

Le règlement de votre inscription conditionne votre participation aux cours.
Toutes nos activités sont donc à régler **en totalité à l'inscription en 1 ou 3 fois**

Tarif 2026-2027 Adhésion annuelle de 15 € à Gally Yoga comprise	Modalités de paiement au choix	
	1 chèque	3 chèques datés du jour de l'inscription encaissés novembre, décembre, janvier
Adhérent(e)	195 €	3 chèques de 65 €
2 ^{ème} adhérent d'une famille	160 €	2 chèques de 56 € + 1 chèque de 48 €
Étudiant, ou, en recherche d'emploi	140 €	2 chèques de 50 € + 1 chèque de 40 €

ॐ **Gally Yoga** ॐ

5, Allée des Amarantes - 78450 Chavenay - Tél : 06 58 31 80 28

Code APE : 8551Z – SIRET : 483 259 867 00024

Association Loi 1901 enregistrée à la sous-préfecture de Saint-Germain-en-Laye sous le n° W783003385

Documents à fournir		
☐ Questionnaire Santé	Oui	Non
Avez-vous des migraines, des troubles de l'équilibre ?	☐	☐
Avez-vous des problèmes ophtalmiques (<i>Hypertension oculaires, glaucomes, ...</i>) ?	☐	☐
Avez-vous souffert d'une maladie cardiaque, d'hypertension ou hypotension, ou avez-vous connaissance de tels cas dans vos ascendants ?	☐	☐
Dans les 12 derniers mois, avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine ou le bras gauche, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise, ou avez-vous perdu connaissance ?	☐	☐
Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une hernie (<i>discale, hiatale, ...</i>) ?	☐	☐
Avez-vous des pathologies vertébrales (<i>fractures, tassements vertébraux, des vertèbres fixées par tiges et/ou Spondylodèse</i>) ?	☐	☐
Avez-vous une ou des prothèses articulaires (<i>hanche, genoux, ...</i>) ?	☐	☐
Avez-vous des ruptures tendineuses ou ligamentaires, des tendinites ou capsulites chroniques ?	☐	☐
Êtes-vous en période de traitement anti-cancéreux ?	☐	☐
Si vous avez dû arrêter le sport ou une activité physique pour des raisons de santé pendant 30 jours ou plus, l'avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour pratiquer le Yoga ?	☐	☐
☐ Certificat médical de non contre-indication à la pratique du yoga, de moins de 3 mois Obligatoire si - vous êtes un nouvel adhérent - vous avez répondu « Oui » à une des questions du Questionnaire Santé - vous ne souhaitez pas répondre au Questionnaire Santé - votre certificat médical déjà fourni a plus de 3 ans au 1^{er} septembre 2026		

☐ Je reconnais avoir reçu une information relative à la possibilité de souscrire une assurance supplémentaire (*I.A. Sport + de la MAIF*)

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur que je m'engage à respecter.

Chavenay le _____ Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

Adhésion à retourner :

- par mail contact@gallyyogachavenay.fr
- par courrier à GALLY YOGA, Chez Mme Sophie BIGAND ; 5, Allée des Amarantes ; 78450 CHAVENAYⁱ

ⁱ **Loi Informatique et Libertés** : les informations nominatives recueillies dans le cadre du présent bulletin sont obligatoires pour le traitement de l'adhésion par l'association. Elles pourront être communiquées par L'Association à ses partenaires à des fins de communication. L'adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ces informations soient utilisées à des fins de communication. Ses droits d'accès, de rectification et d'opposition peuvent être exercés auprès de l'Association ayant recueilli ces informations.



5, Allée des Amarantes - 78450 Chavenay - Tél : 06 58 31 80 28

Code APE : 8551Z – SIRET : 483 259 867 00024

Association Loi 1901 enregistrée à la sous-préfecture de Saint-Germain-en-Laye sous le n° W783003385