

Fiche de renseignements

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Problème de santé (musculaire, articulaire, cardiaque) :

Allergies/intolérance alimentaire :

Avez vous déjà fait du Yoga ?

Si oui, quel type et depuis/pendant combien de temps :

Contact de la personne à prévenir en cas de problème :