



FICHE D'ADHÉSION

ASSOCIATION ABHYASA - Yoga et MUNZ Floor®

ANNÉE 2026-2027

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP et Ville:

N° Téléphone : Courriel :

☐ Adhésion annuelle 2026/2027 membre (obligatoire) = 5,00 €

Carte de 10 séances de Yoga = 65 € ☐ Yoga Doux ☐ Yoga Chaise ☐ Yoga relaxation ☐ Yoga

Carte de 10 séances de Yoga = 60 € (Espace J. Vicquelin) ☐ Yoga Doux ☐ Yoga Chaise

Carte de 10 séances de MUNZ Floor = 100 € ☐ MUNZ Floor

Total :

Moyen de paiement : ☐ Chèque ☐ Virement bancaire ☐ Espèces (exceptionnel)

(Iban) FR76 1010 7007 0400 9240 5237 914

Les informations transmises sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents, d'échanger par mail / SMS en cas de déplacement des cours ; ces données ne sont pas transmises à des tiers, elles sont traitées informatiquement et conservées pendant un an.

L'association s'engage à respecter les textes légaux applicables en matière de protection des données, et en particulier le Règlement européen de protection des données (« RGPD » 2016/679 du 27 avril 2016). Pour exercer vos droits, avoir accès aux données vous concernant, pour demander leur rectification et leur suppression, vous pouvez adresser vos demandes à abhyasa.coursdeyoga@gmail.com

Par ailleurs, l'association s'engage à respecter plusieurs principes liés à la laïcité à savoir notamment l'égalité entre femmes et hommes, la liberté de conscience, le libre arbitre ou encore l'accès égal aux services et aux équipements publics prêtés par la ville.

https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default/files_contenu_piece-jointe_2021_03_charte_de_la_laicite_egalite_f-h_odl.pdf

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données personnelles

☐ J'autorise l'association de yoga ABHYASA à m'envoyer des informations liées à son activité sur mon adresse courriel.

Fait le : à :

Signature :



FICHE D'APTITUDE MÉDICALE
ASSOCIATION ABHYASA – Yoga et MUNZ Floor®
ANNÉE 2026–2027

Nom :

Prénom :

Déclaration sur l'honneur d'aptitude médicale :

Je soussigné(e) : Déclare être en parfaite santé pour la pratique régulière du style de Yoga et de MUNZ Floor®
que j'ai choisi de pratiquer avec l'association Abhyasa. Je signale au professeur de yoga toute blessure ou
traitement médical pouvant contre-indiquer la pratique du Yoga.

Fait le :

à :

Signature :