

COTISATION 2026/2027

- ☐ ADULTES : 125 € la carte de 10 séances
(1 séance par semaine)
- ☐ ADO / ÉTUDIANT : 107 € la carte de 10 séances
(1 séance par semaine)
- ☐ COUPLE : 226 € la carte de 10 séances
(1 séance par semaine)
(séance à l'unité : 13 €)

- ☐ Chèque, libellé au nom de L'Art-buste
(possibilité de régler en 3 chèques)
- ☐ Chèques-vacances, chèques-sport
- ☐ Espèces

Nom :

Prénom :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

email :

Tél :

L'Art-buste



06 30 89 74 04

frederique.stretchingpostural5@gmail.com



Autorisation Droit à l'image

Je soussigné(e)

☐ autorise l'association L'Art-buste à utiliser mon image sur ses documents (prospectus, flyers, journaux, etc...) destinés à promouvoir l'association, ainsi que sur le site internet stretching-postural-art-buste.fr

☐ n'autorise pas l'association à utiliser mon image

Le/...../...../

Signature

Décharge de responsabilité

Le Stretching Postural® est une activité physique qui a des effets bénéfiques sur la santé. Comme toute forme d'exercice, le Stretching Postural® ne doit pas être pratiqué par les personnes ayant des problèmes de santé sans consultation auprès d'un professionnel au préalable. Une attestation d'aptitude à la pratique du Stretching Postural® (renouvelable tous les 3 ans) vous sera demandée lors de votre inscription aux cours de Stretching Postural®.

Je soussigné(e)

certifie que :

Je suis en bonne forme physique et je ne souffre pas de troubles de la santé pouvant m'empêcher de participer pleinement aux séances de Stretching Postural®, ou si j'ai des problèmes de santé, ceux-ci seront déclarés dans leur intégralité. J'assume la responsabilité pour tout risque, blessure ou dommage connu ou inconnu pouvant m'arriver suite à ma participation aux séances de Stretching Postural®. Je me désiste en connaissance de cause, volontairement et expressément de toute réclamation contre l'association L'Art-buste et contre Madame Frédérique Vandooren. J'accepte que moi, mes héritiers et mes représentants légaux nous nous désistions de toute réclamation dans le futur pour toute blessure et tout décès pouvant avoir lieu par inadvertance ou autres actions. Je consens à respecter toutes les règles et conditions de cette pratique. Je consens à assumer toutes les conséquences afférentes ou liées à la pratique du Stretching Postural®. Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique du Stretching Postural®.

Je m'engage à prendre une assurance responsabilité civile.

J'ai lu le présent document et je comprends son contenu. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

Le/...../...../ Signature

L'Art-buste



06 30 89 74 04

frederique.stretchingpostural5@gmail.com

