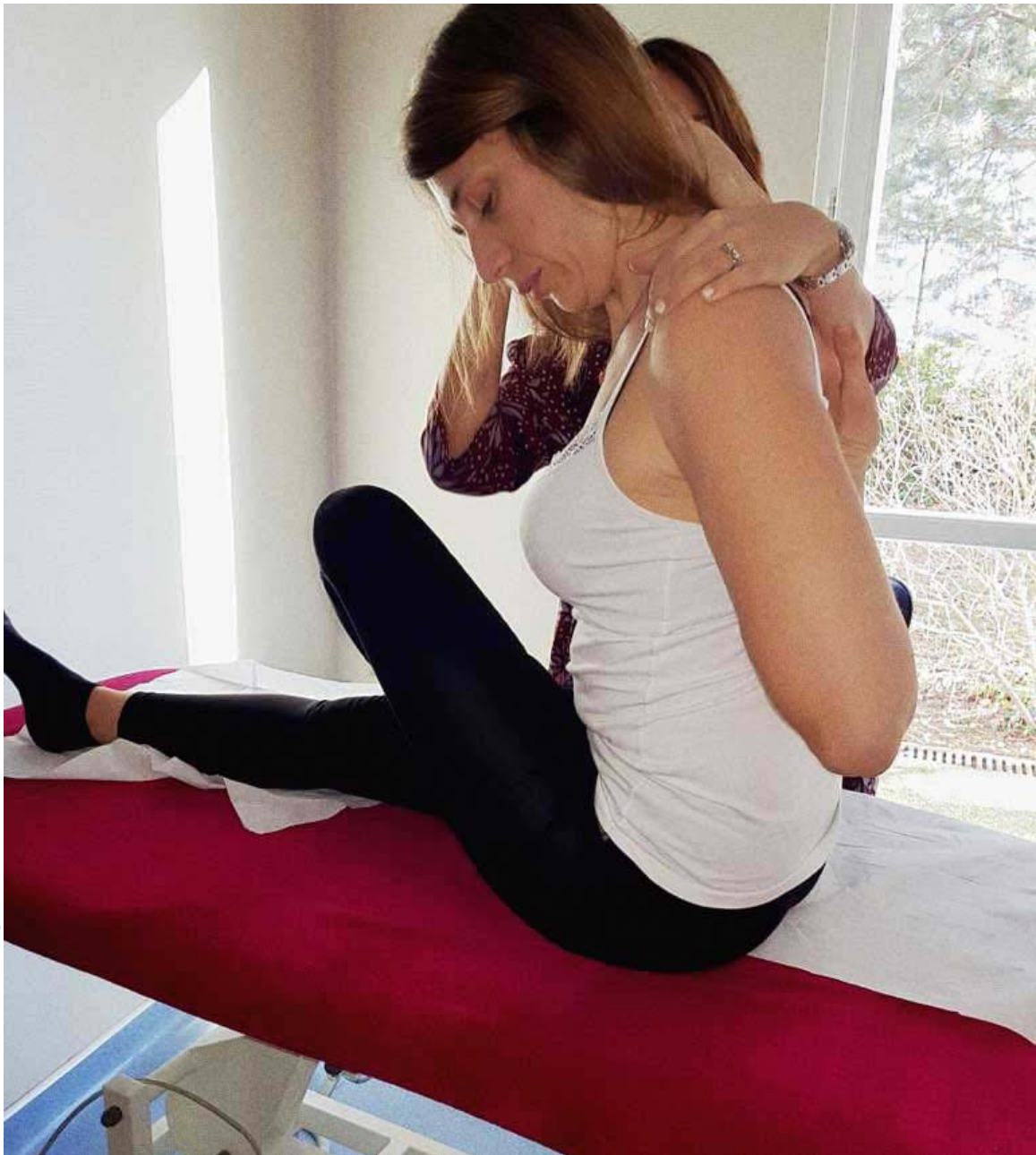


INSRIPTION FORMATION  
**ANATOMIE ET OSTEO**  
**YOGA THERAPIE**  
50H / 7 JOURS



NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE:     /     /

## ÉDUCATION/FORMATION PROFESSIONNELLE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE D'ANNÉES  
DE PRATIQUE RÉGULIÈRE  
DE YOGA

\_\_\_\_\_

MODE DE RÈGLEMENT

- Chèque<sup>1</sup>  
 Virement<sup>2</sup>  
 Carte Bleue

*Je m'inscris à la formation d'anatomie et ostéo YogaThérapie. Je verse 250 euros d'acompte pour réserver ma place en formation (chèque à l'ordre de YOG'N MOVE®).*

*Par la présente, je m'engage à payer l'intégralité de cette formation d'un montant de : **950,00 euros.***

<sup>1</sup>un maximum de 3 chèques est accepté. Les chèques sont libellés à l'ordre de YOG'N MOVE.  
Échelonnement des mises en banque.

<sup>2</sup>RIB en page 5 - \*Les acomptes ne sont pas remboursés mais peuvent être utilisés sur une prochaine inscription au sein de l'école YOG'N MOVE.

N.B.

- Votre inscription ne sera considérée comme ferme et définitive qu'après réception de *tous les éléments* de votre dossier.
- Une facture vous sera envoyée dès validation de tous les éléments.
- Politique d'annulation
  - **60 jours avant** le début de la formation : 70 % de remboursement.
  - **du 31<sup>ème</sup> au 60<sup>ème</sup> jour avant** le début de la formation: 50% de remboursement.
  - **du 0 au 30<sup>ème</sup> jour avant** le début de la formation: aucun remboursement ne sera effectué.

### CALENDRIER DE LA FORMATION 50H-7 JOURS ANATOMIE ET OSTÉO YOGA THÉRAPIE

- JOURNÉE 1 : *16 avril 2021*
- JOURNÉE 2 : *10 mai 2021*
- JOURNÉE 3 : *11 juin 2021*
- JOURNÉE 4 : *2 juillet 2021*
- JOURNÉE 5 : *16 juillet 2021*
- JOURNÉE 6 : *3 septembre 2021*
- JOURNÉE 7 : *8 octobre 2021*

- L'annulation de l'inscription à la formation se fera uniquement par e-mail.

*Le stagiaire pratique et s'engage dans cette formation sous sa propre responsabilité.  
Merci de joindre au dossier d'inscription le questionnaire ci-joint dûment rempli et un certificat médical d'aptitude à la pratique du yoga.*

*Le dossier d'inscription,  
le questionnaire et un certificat  
médical d'aptitude à la pratique du  
yoga sont à renvoyer par courrier :  
74, avenue de Paris - 94800 Villejuif  
OU par email : yognmove@gmail.com*

DATE :  
SIGNATURE :

# CLOTILDE SWARTLEY

74, RUE DE PARIS - 94800 VILLEJUIF

[www.yogmove.com](http://www.yogmove.com)

[yogmove@gmail.com](mailto:yogmove@gmail.com)

06 76 52 42 04



yogmove



clotilde swartley



*Merci d'utiliser le RIB ci-dessous pour les règlements par virement.*

TITULAIRE DU COMPTE

SAS YOG'N MOVE  
CHEZ MME SWARTLEY  
105 rue de silly  
92100 boulogne billancourt

DOMICILIATION

Boulogne Jean Jaures (03760)

BANQUE

30003

GUICHET

03760

N° DE COMPTE

00020840052

CLÉ RIB

33

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IBAN FR76 3000 3037 6000 0208 4005 233

IDENTIFICATION INTERNATIONALE  
DE LA BANQUE (BIC)

SOGEFRPP