 

# **Formulaire d’inscription session :\_\_\_\_\_\_\_Chaise Sol Ville :\_\_\_\_\_\_\_**

**NOM** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_PRÉNOM** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADRESSE** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**VILLE** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TÉL (CELL)** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**COURRIEL**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) que la pratique du Pilates peut comporter des risques d’accidents et de blessures.

Je dégage par la présente *Louise Larouche* de toute responsabilité vis-à-vis tout accident qui pourrait survenir dans le cadre des cours de Pilates.

Je renonce à toute poursuite ou cause de poursuite sous quelque forme que ce soit, tant pour ma personne que pour mes biens personnels découlant ou étant liés à ce cours.

Je déclare n’avoir aucune contre-indication à la pratique d’une activité physique et comprends qu’il est fortement recommandé d’obtenir une autorisation médicale avant de commencer un programme d’entraînement physique. (Formulaire Q-AAP)

**J’assume l’entière responsabilité de tous les risques encourus en poursuivant ce cours.**

**Photographies ou vidéo à des fins promotionnelles :**

J’accepte que Louise Larouche ***(Sport Estrie Flex)*** se réserve le droit d’utiliser des documents photographiques ou vidéo de mes visites à des fins promotionnelles ou commerciales, tout en respectant ma personne et mon intégrité.

***Chaque Bloc est NON-DÉTACHABLE OU REPORTABLE.***

**Aucun crédit ou remboursement après l’inscription. En cas de fermeture pour la crise sanitaire Covid-19, les cours seront reconduits à une date ultérieure.**

Merci de faire confiance à Sport Estrie Flex!

**Signature client :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**