

## LES TARIFS D'INSCRIPTION A USCB YOGA-QI GONG-TAICHI CHUAN SAISON 2025/2026

Tarif normal	Résident	Non résident
1 cours d'1h30 par semaine par personne	232 €	234 €
Tarifs réduits	Résident	Non Résident
Pour une personne : 2 cours par semaine dans même pratique ou dans 2 pratiques différentes	371 €	374 €
pour 2 personnes : inscription en couple, enfant même famille	372 €	375 €
dont 1ère personne inscrite	232 €	234 €
dont 2ème personne inscrite	140 €	141 €
Demandeur d'emploi inscrit à France travail et étudiant	142 €	145 €
Tarifs dégressifs : Pour une inscription en cours d'année nous contacter		

Pour plus d'infos sur les modalités d'inscription nous contacter :

**Tel : 06 99 56 72 89**

Mail : [uscbbyoga@gmail.com](mailto:uscbbyoga@gmail.com)

Site : [www.uscbbyoga.fr](http://www.uscbbyoga.fr)



**Le paiement total** du (des) cours doit être effectué lors de l'inscription. Il inclut la cotisation d'adhésion annuelle à l'association de 25 €. Cours payables en 1, 2 ou 3 fois.

Une séance d'essai gratuite (1 par activité) est offerte toute la saison.

**Reprise des cours le Lundi 8 Septembre 2025.**

**LES ATELIERS DU SAMEDI** : Les ateliers thématiques sont ouverts aux adhérents et non adhérents. Participation par atelier et par personne de 12 €

**FICHE D'INSCRIPTION**

Nouvelle inscription ☐ Réinscription ☐ Remplir une fiche par personne inscrite

**RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS**

Madame ☐ Monsieur ☐ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**ACTIVITÉ(S) CHOISIE(S)**

1<sup>ère</sup> activité : \_\_\_\_\_ jour : \_\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_h\_\_\_\_  
2<sup>ème</sup> activité : \_\_\_\_\_ jour : \_\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_h\_\_\_\_

**COMPLÉMENT D'INSCRIPTION**

Je m'inscris :

- ☐ avec un membre de ma famille à la même adresse (remplir une fiche par personne)  
☐ pour une 2<sup>ème</sup> activité (préciser laquelle) : \_\_\_\_\_ jour : \_\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_h\_\_\_\_  
☐ pour 2 cours par semaine (même activité) : autre jour : \_\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_h\_\_\_\_

**ÉTAT DE SANTÉ**

☐ Je suis en bonne santé ☐ J'ai un(des) problème(s) de santé, je fournis un certificat médical d'aptitude à la pratique

**RÈGLEMENT**

Montant total de votre inscription : \_\_\_\_\_ € (y compris la cotisation d'adhésion annuelle de 25 €)

**Règlement par chèque(s)**

nom de la banque : \_\_\_\_\_

- ☐ paiement en 1 fois : montant du chèque : \_\_\_\_\_ €  
☐ paiement en 2 ou 3 fois : nombre de chèques : \_\_\_\_ (le montant de chaque chèque doit être identique)  
• le montant du chèque ou du 1<sup>er</sup> chèque comprend la cotisation d'adhésion (non remboursable)  
• indiquer le nom du titulaire du (des) chèque(s) si le nom est différent de la personne inscrite : \_\_\_\_\_  
• encaissement des chèques : à réception - 10 novembre 2025 - 10 janvier 2026

**Reçu d'inscription et de règlement**

☐ reçu envoyé à votre adresse mail, réservé au seul Comité d'Entreprise, nom : \_\_\_\_\_

**Remboursement**

- un remboursement partiel du prix du cours peut être accordé en cours de saison pour : maladie, accident ou pathologie grave ; tout trimestre en cours est dû ; faire une demande écrite et joindre un certificat médical

**La fiche d'inscription accompagnée de votre règlement complet est à remettre à votre professeur avec la fiche santé.**  
**L'inscription définitive ne sera validée qu'avec le règlement total, et donnera l'accès aux cours.**

**Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'inscription et de règlement, être en bonne santé ou fournir un certificat médical d'aptitude, et être assuré en responsabilité civile pour la pratique de mon (mes) activité(s).**  
**Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'USCB YOGA (disponibles sur demande).**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**Fiche à remettre à votre professeur avec la fiche d'inscription et le règlement (1 fiche santé par professeur)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Discipline : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Indiquer ci-après tout problème de santé que vous souhaitez communiquer à votre professeur :

---

---

Nom, prénom et n° de téléphone d'une personne de confiance à contacter en cas de problème ou d'urgence :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ n° tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_