

Formulaire d'inscription

Coordonnées : M. Mme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

E-mail :

Nr. téléphone fixe :

Nr. portable :

Formation souhaitée :

DATE :

Massage visage et crâne

.....

Autre formation

.....

Par ma signature :

- J'atteste être en bonne santé, ainsi que pouvoir être massé et/ou suivre le cours sans contre-indications. Je m'engage, en cas de doutes ou de problèmes de santé, à en avertir le responsable de cours.
- Je m'engage à effectuer le paiement de la formation à mon inscription, auprès de la Banque Cantonale de Fribourg, IBAN : CH25 0076 8300 1191 1270 3, en faveur de : ASTRAGALE Fit Sàrl, Mme Corinne Kolly, Rte de la Perrausa 28, 1727 Corpataux.
➔ **Mon inscription est effective et définitive une fois le paiement du cours effectué.**
- En cas de désistement plus d'un mois avant le début du cours CHF 50.- seront retenus pour compenser les frais administratifs occasionnés. Si le désistement intervient moins de 10 jours avant le début du cours, la totalité du prix du cours est du.

Lieu et date :

Signature :