

Formation continue – Formulaire d'inscription

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : E-mail :

N° tél. fixe : N° portable :

Formation souhaitée

Nom de la formation

Date :

Massage visage et crâne

Date :

Autre formation :

.....

Par ma signature

- ✓ 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 l'Ecole 3, 1725 Posieux.
- ✓ **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.
- ✓ 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.

Lieu et date :

Signature :