



VOS COORDONNEES

NOM :PRENOM :Date de naissance :

Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone : Mail :

Nom et Numéro à prévenir en cas d'urgence

Profession :

Savez-vous déjà par quel moyen de locomotion vous allez venir ?

Doit on venir vous chercher à un arrêt de bus ?

VOTRE SEJOUR

Date ____ / ____ / au ____ / ____ / ____

Je choisis ma cure :

- Jeûne : 500 € / semaine

Je choisis mon hébergement (Tarif TTC par personne 7 jours et 6 nuits) :

- Chambre couple - 360 euros
- Chambre seule - 250 euros
- Chambre double à partager - 180 euros
- Dortoir 5 personnes - 100 euros

VOTRE INSCRIPTION

Pour valider mon inscription je procède au paiement

par cheque à l'ordre d'UN TEMPS UN LIEU

par un virement à la Banque Populaire

IBAN : FR76 1090 7002 8046 1218 0628 615 UN TEMPS UN LIEU

Vous pouvez payer la totalité ou uniquement 50% dès maintenant et le solde à votre arrivée

En cas de désistement de ma part, à moins de 20 jours du début du stage, 50% du montant sera remboursé.

À moins de 20 jours du stage et en cas de départ anticipé du stage, quelle que soit la cause aucun remboursement ne sera effectué.

VOTRE ATTESTATION

Pour le calcul de votre IMC (Poids/Taille): Mon poids :..... Ma taille :.....

Est ce votre premier jeûne ? : OUI NON

Si non combien de fois avez-vous jeûné :

Qu'attendez-vous de ce jeûne :

Avez-vous des antécédents médicaux ?

J'atteste, dans une démarche libre et volontaire, souhaiter effectuer un stage « jeûne et randonnée » avec **UN TEMPS, UN LIEU**.

J'atteste être en mesure de marcher au minimum 3 heures par jour, être en bonne santé et je m'engage à assurer mes responsabilités personnelles et en groupe.
Je confirme mes déclarations étant sincères et véritables et dégage « Un Temps Un Lieu » de toute responsabilité à ce sujet. Je m'engage également à avertir tout changement de situation sur ma santé pouvant survenir avant le séjour.

J'ai bien pris connaissance des contre-indications du jeûne :
Grossesse ou allaitement - Boulimie - Anorexie - Amaigrissement extrême - Insuffisance hépatique - Insuffisance rénale - Ulcère de l'estomac ou du duodénum - Maladies auto immunes - Sclérose en plaques - Maladies tumorales - Diabète type 1 - Psychose - Affection coronarienne avancée - Artériosclérose cérébrale avancée - Décollement de la rétine - Hyperthyroïdie décompensée - traitement médicamenteux lourd.

Avoir une assurance responsabilité civile et déclare assumer mes responsabilités personnelles individuelles et en groupe

Je suis sous traitement médical pour la pathologie suivant :

Dans ce cas, merci de fournir un certificat médical obligatoire attestant la possibilité du jeûne et de la marche.

J'atteste, avoir été informé(e) que la conduite d'un véhicule motorisé ou non, est déconseillée durant toute la durée du stage.

J'ai pris note que le stage faute d'un minimum de participants peut être annulé 20 jours avant.

Date : ____ / ____ / _____

Signature précédée de la mention manuscrite «LU ET APPROUVÉ»