



LA SANTÉ PAR LA RACINE

FICHE D'INSCRIPTION

DATES DU SEJOUR



Séjour du ... au ...

COORDONNEES



Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Email Tel

Personne à contacter en cas d'urgence

Tel

INFORMATIONS PERSONNELLES



Âge Poids Taille

Avez vous déjà jeûné ? Si oui combien de temps ?

Pourquoi souhaitez vous jeûner ?

Des problèmes de santé particuliers à signaler ? Prenez vous des médicaments ? (L'organisatrice se réserve le droit de demander un certificat médical pour l'inscription au stage)

Avez vous des allergies alimentaires ? Ou même des aliments que vous n'aimez pas manger ? Car oui, on mange aussi, le dernier jour... (:

D'autres informations à transmettre ? Des demandes particulières ?

HEBERGEMENT



Veuillez sélectionner le mode d'hébergement que vous préféreriez dans la grille tarifaire ci-dessous (sous réserve des disponibilités) :

Semaines du 27 novembre au 3 décembre, du 11 au 17 décembre

- ☐ Chambre solo (lit double) SDB privative 234€
- ☐ Chambre solo (lit double) SDB partagée 179€
- ☐ Chambre partagée (2 personnes, en lit simple) 121,5€

Semaines du 1^{er} janvier au 8 avril

- ☐ Chambre solo (lit double) SDB privative 239€
- ☐ Chambre solo (lit double) SDB partagée 204€
- ☐ Chambre partagée (2 personnes, en lit simple) 124€

Semaines du 9 avril au 24 juin

- ☐ Chambre solo (lit double) SDB privative 314€
- ☐ Chambre solo (lit double) SDB partagée 279€
- ☐ Chambre partagée (2 personnes, en lit simple) 166€

SIGNATURE ET RESPONSABILITE



En signant cette fiche d'inscription, je certifie :

- ☐ Être en **bonne santé** et en mesure de **marcher 3h par jour** . Je m'engage à donner des informations sincères et exactes sur mon état de santé lors de mon inscription ainsi que lors du séjour, et dégage La santé par la racine de toute responsabilité à ce sujet.
- ☐ Avoir pris connaissance des contre-indications au jeûne mentionnées sur le site internet de La santé par la racine, et n'en présenter aucune.
- ☐ Que ma volonté de participer à un séjour de jeûne est le fruit d'une démarche libre et volontaire, engageant ma responsabilité personnelle et en groupe. Je suis couvert par une assurance responsabilité civile.
- ☐ Avoir pris connaissance des modalités de paiement et conditions d'annulation de La santé par la racine

Signature :

(nom et prénom dans le cadre suffisent)

**Pour finaliser mon inscription je règle l'acompte de
200€ par virement :**

IBAN : FR76 1558 9569 5304 9677 5484 025
BIC : CMBRFR2BXXX