

Broj lista \_\_\_\_\_



## JOGA STUDIO VERA PRISTUPNICA

Ime i prezime člana	
Adresa stanovanja člana	
Grad	
Telefon člana	
e-mail člana	

Grupa kojoj ćete se najverovatnije pridružiti(zaokružiti): Ponedjeljak-četvrtak 11.00; sreda-petak 9.15; utorak-četvrtak 20.00- nedelja 12.00

Molim vas da navedete ukoliko ste imali neke povrede, ili specijalna zdravstvena stanja , ili ukoliko koristite neke lekove(obavestite svog instruktora o svim stvarima vezanim za vaše zdravlje za koje smatrate da su važni)

Da li ste već praktikovali jogu? \_\_\_\_\_

Šta želite da postignete praktikoivanjem joge? \_\_\_\_\_

Kako ste saznali za Joga Studio Vera?

\_\_\_\_\_

Dobrovoljnim potpisom pristupam klubu za praktikoivanje joge i izjavljujem da sam se pre dolaska na časove konsultovao-la sa svojim lekarom i da mi je on-a potvrdio-la da sam zdravstveno sposoban-na da se tom vrstom rekreativnih vežbi bavim.Uz saglasnost doktora da mogu praktikovati joga vežbe, takodje, izjavljujem da nisam болоvala-o od psihičkih oboljenja kao i da sada ne bolujem od drugih hroničnih oboljenja. Svojim potpisom potvrđujem ispravnost podataka, da prihvatam Statut i sva opšta akta udruženja, da ću mesečnu članarinu uplaćivati redovno, držati se instruktorovih uputstava, kao i pravila koja se poštuju na času joge i vežbe izvoditi u granicama prijatnosti.

Datum

Potpis člana

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_