



Formulaire d'inscription

Stage de Jeûne & Randonnée 2026 au Mas de la Rivoire

Un exemplaire par participant

A PROPOS DE VOUS

NOM & PRÉNOM

ADRESSE (NUMÉRO ET RUE).....

CODE POSTALVILLE.....

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

SEXE : F - M TÉLÉPHONE PORTABLE

EMAIL

NOM ET NUMÉRO PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

.....



SÉJOUR ET CURE

TOUS NOS SÉJOURS INCLUENT : **la cure Buchinger** (jus frais pressé du matin, tisanes, bouillon blanc du soir), **de la randonnée** (sur terrain plat à 95%) et des **ateliers, animations et conférences**. SANS OBLIGATIONS.

DATE DU SÉJOUR : ____ / ____ au ____ / ____ / 2026



VOTRE CURE + VOTRE ACCOMPAGNEMENT + VOTRE HÉBERGEMENT (Tarif TTC / 6 nuits par personne)

Réservation de votre chambre au Mas de la Rivoire

- ☐ **1160€** / personne : **Chambre individuelle** avec un lit double, une salle de bain et WC **privé**
- ☐ **1060€** / personne : **Chambre double** avec deux lits simples, une salle de bain et WC **privé**
- ☐ **900€** / personne : **Chambre individuelle** avec un lit double, une salle de bain et WC **partagé**
- ☐ **760€** / personne : **Chambre partagée** avec un lit simple, une salle de bain et WC **partagé**

VOTRE CHOIX EN SUPPLEMENT POSSIBLE:

- ☐ OMAD (1 assiette de légumes par jour : 100€ / semaine)
- ☐ Cure de jus de légumes : 80€ / semaine
- ☐ Monodiète : 60€ / semaine

Vos Engagements



☐ J'atteste être en mesure de marcher, 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 Jeûne et Randonnée de toute responsabilité à ce sujet 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 modalités d'annulation de mon séjour expliquées sur la page Inscription.

☐ J'ai bien pris connaissance des contre-indications du jeûne : amaigrissement extrême, anorexie, hyperthyroïdie décompensée, artériosclérose cérébrale avancée, insuffisance hépatique ou rénale avancée, grossesse ou allaitement, dépendances, ulcère de l'estomac ou du duodénum, affections coronaires avancées, décollement de la rétine, psychose, diabète de type 1, maladies tumorales et sclérose en plaques.

☐ Je suis sous traitement médical pour la pathologie suivante : Dans ce cas, merci de fournir un certificat médical obligatoire attestant la possibilité du jeûne et de la marche.

Païement de votre séjour

JE JOINS UN CHÈQUE D'ACOMPTE de **300€** à libeller à l'ordre de Ruimin ZHANG et à renvoyer avec ce bulletin d'inscription à l'adresse :

Ruimin ZHANG - 37 Rue Louise Michel - 78500 - Sartrouville

Pour un virement, veuillez demander mon RIB/IBAN.

Pas de règlement CB sur place. Les possibilités de paiement : Espèces, Chèque ou Virement

Pour venir au Mas

- ☐ Taxi partagé sera organisé pour vous, vous réglerez directement au chauffeur.
- ☐ Je prends en charge l'arrivée à la maison par mes propres moyens.
- ☐ Je ne sais pas encore. Je vous tiens informés le plus rapidement possible.

Date : ____/____/____ Signature précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVÉ »