



# WE Souffle de Vie – Respiration holotropique

**Nom - Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphone fixe / portable :**

**Email :**

Je m'inscris au We :  15-16 juin 2019 début stage le vendredi 14

**Conditions générales de participation :**

- Les horaires Vendredi soir 19h30 à 17h30 le dimanche
- Amener un repas complet pour 4 personnes à partager végétarien de préférence.
- Logement sur place fortement conseillé. Chambre à plusieurs. Possibilités de airbnb à proximité pour logement individuel.
- Prévoyez un vêtement adapté au travail corporel, libre de vos mouvements.
- En cas d'annulation du participant 21 jours avant le stage, l'acompte d'inscription n'est pas remboursable sauf en cas d'annulation du week-end par l'animateur.
- L'animateur se réserve la possibilité de demander à un participant d'interrompre le stage en cas de force majeure.
- Le participant suit l'enseignement sous sa pleine et entière responsabilité et le fait de s'inscrire implique l'acceptation des conditions générales ci-dessus.
- Un entretien téléphonique peut-être demandé pour les personnes que je ne connais pas +(33)6 95 35 70 09

**Tarif**

|            | Tarif TTC           | Nb<br>personne | Total |
|------------|---------------------|----------------|-------|
| Coût       | 220€ ou 200€ Couple |                |       |
| Acompte    | 100 €               |                |       |
| Logement   | 40€                 |                |       |
| Restant du |                     |                |       |

**Formulaire médical confidentiel**

Les expériences proposées peuvent être intenses émotionnellement. Les réponses aux questions suivantes sont destinées à vous aider dans ce travail et seront conservées de façon strictement confidentielle. Merci de répondre aussi précisément que possible.

- Avez-vous souffert dans le passé, ou souffrez-vous actuellement de maladies cardiovasculaires (dont attaque cardiaque), tension, maladie mentale grave, intervention chirurgicale récente, glaucome, décollement de la rétine, épilepsie, asthme (si oui, merci de prendre votre inhalateur pour l'atelier) ?
- Etes-vous actuellement enceinte ?
- Etes-vous actuellement en psychothérapie ou engagé dans une thérapie de groupe ?
- Prenez-vous actuellement un traitement médical ?
- Y a-t-il autre chose que vous voudriez préciser quant à votre état physique et mental que nous devrions prendre en compte ?

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance et rempli correctement le questionnaire.

J'ai répondu à toutes les questions honnêtement sans omettre de communiquer certaines informations. Mon état de santé général est bon et je n'ai pas à ma connaissance de contre-indications.

Date :

Signature (précédée de Lu et approuvé) :

**A retourner (avec chèque acompte) à :**

Ludivine Rebours au 1501 routes des Favrans 73100 – Montcel, 06 95 35 70 09

Ou par mail et virement bancaire [ludivinerebours@gmail.com](mailto:ludivinerebours@gmail.com)