Nom : Prénom

Date de naissance : Profession :

Adresse :

Ville :  Code postal : Pays :

Tel. : Mail :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Je m’inscris à titre :* |  | personnel |  | professionnel | Nom de la structure : |

**Intitulé de l’atelier** *(sigle)* **:** **Date :** **Lieu de stage :**

**Formations suivies** *(en lien avec l’atelier)* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarif normal atelier *(hors frais de pension) :* | | |  | | | | | |
| Comment avez-vous connu l’école ? |  | Internet | |  | Vidéos |  | Recommandation | Autres : |

**Quelles sont les motivations qui vous amènent à suivre cet atelier ?** *(plusieurs réponses possibles)* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Découverte |  | Ressourcement personnel |  | Gestion de stress |  | Cursus Certifiant UHTS |
|  | Autres à préciser : | | | | | | |

**Quelles sont vos attentes à la fin de cet atelier ?** *(plusieurs réponses possibles)* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Acquérir de nouvelles compétences professionnelles | | |  | Accéder à un Cursus de Certification UHTS | | |
|  | Consolider une pratique personnelle |  | Me ressourcer | | |  | Gérer le stress |

Autres à préciser :

**Situation particulière à nous signaler ?** *(handicap, sciatique, cervicale, circulatoire, respiratoire)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NON |  | OUI, à préciser\* : |

\* *pour des problèmes de santés qui demandent une attention particulière, nous communiquer un certificat médical*

**Je certifie avoir reçu et accepté les termes des informations et documents suivants :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prise en compte de l’analyse des besoins. |
|  | Règlement intérieur de l’École du Tao de la Vitalité® et feuille de route relative au lieu de formation. |
|  | Programme de la formation incluant la durée, les modalités et les prérequis pour s’inscrire. |
|  | J’autorise l’Association Soulimet à me filmer, faire des photos ou enregistrements pour promouvoir ses activités. |
|  | *Je suis responsable de ma santé physique, émotionnelle et spirituelle. Je dégage de toutes responsabilités l'Association Soulimet et ses animateurs et renonce à tous recours en cas d’accident ou de dommage survenus au cours des activités.* |
|  | *En m’inscrivant à cet atelier, je deviens automatiquement adhérent(e) de l'Association Soulimet.* |

|  |
| --- |
|  |

Fait à le *Lu et approuvé*

Nom Prénom :