Nom : Prénom

Date de naissance : Profession : N°SIRET :

Adresse :

Ville :  Code postal : Pays :

Tel. : Mail :

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

**Intitulé du stage (signe) :** **Date :** **Lieu de stage :**

Formations suivies *(prérequis au stage)* :

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

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

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

**Quelles sont vos attentes à la fin du stage ?** *(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 stage. |
|  | Programme complet de la formation incluant la durée, les modalités et les prérequis pour s’inscrire. |
|  | Je m’engage à remplir le questionnaire à froid disponible dans mon espace personnel 10 jours après la fin du stage. |
|  | Mon attestation de suivi de stage est délivrée automatiquement une fois le questionnaire à froid rempli. |
|  | 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 ce stage, je deviens automatiquement adhérent(e) de l'Association Soulimet.* |

 Fait à le

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM/PRÉNOM |  |  | *« Lu et approuvé »* |