

I.C.L.P
15, rue Bargue
75015 PARIS
Tél. / Fax : 09.63.50.27.90

SEMINAIRE DE TRAVAIL DE RESPIRATION HOLOTROPIQUE (T.R.H)

BULLETIN D' INSCRIPTION à imprimer et à compléter
A retourner signé, à : I.C.L.P - 15, rue Bargue - 75015 PARIS

SEMINAIRE CHOISI :

Week-end : du

Intensif : du

NOM :

PRENOM :

PROFESSION :

AGE :

ADRESSE :

COMPLEMENT D'ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL. PERSONNEL : PORTABLE :

TEL. PROFESSIONNEL :

EMAIL :

REGLEMENT : Pour vous inscrire, merci de joindre un chèque d'arrhes* de :

- 100 € pour un week-end
- 200 € pour un séminaire intensif

Le solde sera de : € (consulter le barème en page 2)

Je, soussigné(e), certifie que je ne présente aucune des contre-indications suivantes: cardiopathie, hypertension, glaucome, épilepsie, grossesse, opération chirurgicale de moins de 6 mois.

Ci-joint un chèque de euros à l'ordre de l' I.C.L.P.

Date et Signature (précédée de la mention "lue et approuvée") :

*Attention : Les arrhes sont obligatoires pour toute réservation.

Elles resteront acquises à l'I.C.L.P, sauf désistement 12 jours au plus avant la date du séminaire. (21 jours pour les séminaires intensifs).

Aucune réservation ne peut être prise par téléphone, seul votre chèque d'arrhes validera votre inscription