

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**