**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**FORMATION**

**ACCOMPAGNEMENT DU DEUIL AUTOUR DU PSYCHOMANTEUM**

Nom :……………………….….…………………..……………………………………………. Prénom : …………………………………………………………………

Profession :……….…………………………………………………………………………………………………………. Age :……………………………………………

Adresse :…………………………………………………………..…………………………………………….............................................................................

Ville : ………………………………………………………………………………………. ……………Code Postal : …………………...………...........

Tel  :………………………………………………………………...Email :……………………………………………………………………………………………

**REGLEMENT :**

* **ARRHES**: 250 €
* **COUT Total** : 1350 €
* **Lieu :** ICLP - 15 rue Bargue 75015 Paris,
* **Horaires**: 9 h30 – 13 h et 14 h – 17h.

------

Pour vous inscrire, merci de nous retourner ce bulletin rempli, avec un chèque de **250 €,** à l’ordre de l’ICLP. Les arrhes resteront acquises, sauf désistement huit jours avant une session.