



BULLETIN D'INSCRIPTION AU MBSR & questionnaire confidentiel

Mindfulness Based Stress Reduction
Programme de 8 semaines conforme au programme du CFM original

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Email :

Téléphone :

Tarif individuel : 450€, qui inclut les 8 séances et la journée de pratique, soit 30 heures de formation + le matériel pédagogique (livret, enregistrements, audio, email hebdomadaires et exercices à réaliser entre les séances)

Votre inscription sera définitive après examen de votre questionnaire et un éventuel entretien téléphonique pour éliminer les contre-indications au suivi du programme.

Un acompte de 100€ devra accompagner votre bulletin pour valider votre inscription (par courrier ou par mail + virement). Le solde sera versé le 1er jour de la formation.

En cas d'annulation de la part de l'organisateur, l'acompte sera reporté sur la session suivante ou simplement rendu, à votre choix.

En cas d'annulation de votre part, l'acompte ne pourra être restitué mais il sera déduit d'une prochaine session de formation.

Toute session commencée ne pourra donner lieu à remboursement en cas d'arrêt en cours de programme. Les séances non suivies pourront être reportées sur une session ultérieure, en fonction des disponibilités.

Le prix ne doit pas être un frein à votre inscription : n'hésitez pas à me faire part de vos éventuelles difficultés financières. Votre règlement peut se faire en plusieurs échéances en cas de besoin

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL



*Compte tenu de la confidentialité de ses informations,
nous vous assurons que celles-ci ne seront jamais partagées avec qui que ce soit.
Elles restent strictement confidentielles pour l'intervenant et seront détruites après le programme.*

- Quelle est votre raison principale de vouloir participer à cette formation ?

- Quel est votre statut familial ? Célibataire Marié(e) En couple Séparé(e)/Divorcé(e) Veuf(ve)

- Avez-vous des enfants ? _____ Si oui, combien ____ Quel âge _____

- Quelle est la qualité de votre sommeil ? _____ Fumez vous ? _____

- Pratiquez-vous une activité sportive ? _____ Si oui, laquelle : _____

- Souffrez-vous d'une addiction ? Si, oui, laquelle ? _____

- Êtes-vous sous traitement médical pour une pathologie d'ordre psychiatrique ? _____

- Êtes-vous actuellement engagé(e) dans une psychothérapie ? _____

- Avez-vous déjà été admis comme patient dans un hôpital psychiatrique ? _____

- Au cours **du dernier mois**, avez-vous :

- songé au suicide ? OUI NON

- eu des pensées au sujet de la mort, des autres ou de la votre ? OUI NON

- eu une ou plusieurs attaques de panique ? OUI NON

- Coordonnées de votre médecin, psychiatre ou psychologue éventuel en cas de suivi en

cours : _____

- Quel est votre plus grand plaisir dans la vie ? _____

- Avez-vous un sujet d'inquiétude récurrent ? _____



INFORMATION ET RESPONSABILITE

Je soussigné(e) , _____, m'inscris au programme MBSR et certifie sur l'honneur être majeur(e) et responsable de mes actes et en assurer les conséquences.

Je certifie que les informations communiquées dans le questionnaire confidentiel sont sincères et véritables. Je prends connaissance du fait que ce programme ne se substitue, en rien à un suivi médical, thérapeutique ou psychologique.

J'ai pris connaissance des contre-indications éventuelles suivantes : dépression en phase aiguë, maniaque-dépression non stabilisée, TDAH non traité, séquelles psychologiques d'abus physiques, émotionnels ou sexuels, attaques de panique récurrentes, troubles psychotiques (hallucinations, délires) et addictions non encadrés(es) par un médecin.

Je suis informé(e) également que certains troubles émotionnels, peuvent être réactivés durant ce programme. Je m'engage à ne pas me retourner contre le formateur, si cela se présentait, et à poursuivre un travail personnel avec un professionnel de santé, si nécessaire.

Si je poursuis un traitement médicamenteux, c'est sous surveillance médicale et je m'engage formellement à suivre ce traitement durant toute la durée du stage et à ne pas l'arrêter sans avis médical. Si j'ai une maladie, une affection (physique ou psychologique) et/ou un traitement médicamenteux actuellement en cours, je m'engage à en informer le formateur en les indiquant dans le questionnaire ci-dessus.

- Fait à _____ Le _____
- *Signature précédée de la mention "lu et approuvé"*

Ce bulletin d'inscription (3 pages) et le virement de votre acompte de 100€ sont nécessaires pour réserver votre place.

Le questionnaire est à retourner à Sonia Péliison, par email : sp@soniapelisson.com

Le virement de l'acompte se fera sur le compte bancaire suivant :

RIB Sonia Pelisson **IBAN** DE24 1001 1001 2626 9548 37 **BIC** NTSBDEB1XXX