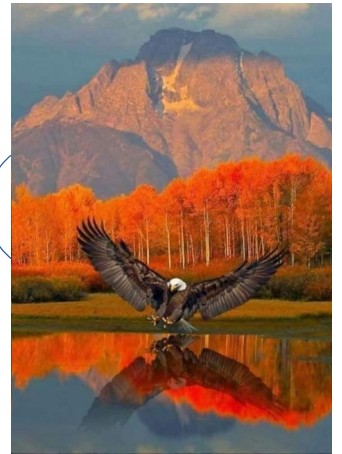


# Séance RESPIRATION de l'AIGLE

organisée par Stéphanie Kerlérroux

## Bulletin d'Inscription

Le :        /        / 20        Lieu : \_\_\_\_\_



|                   |                      |            |                      |
|-------------------|----------------------|------------|----------------------|
| Nom               | <input type="text"/> | Prénom     | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | Profession | <input type="text"/> |
| Adresse           | <input type="text"/> |            |                      |
| Tél               | <input type="text"/> | @mail      | <input type="text"/> |

🧠 Avez-vous déjà participé à une séance de Respiration utilisant l'hyperventilation ?

OUI ☐        NON ☐

### Questionnaire santé - contre-indications (en cas de doute, me contacter)

☐ Je certifie n'avoir aucune des contre-indications suivantes (le cas échéant merci d'entourer la partie qui peut vous concerner)

- ❖ Une pathologie cardio-vasculaire (infarctus, angine de poitrine, trouble du rythme, hypertension artérielle sévère non régulée)
- ❖ Accidents Vasculaires Cérébraux, Accidents Ischémiques Transitoires (AIT), anévrisme connu (non opéré), crises d'épilepsies ou autres troubles cérébraux ou neurologiques
- ❖ Asthme sévère
- ❖ Glaucome ou décollement de la rétine
- ❖ Trouble psychiatrique diagnostiqué et traitement éventuel (dépression grave, troubles bipolaires, schizophrénie...) :
- ❖ êtes-vous enceinte ?
- ❖ Avez-vous subi une intervention chirurgicale récente : Si oui laquelle et à quelle date ?

Bulletin d'inscription à faire parvenir au 1 impasse du Dr Anne Noury 35400 ST MALO, accompagné d'un chèque d'arrhes de 35 € ou par virement afin de confirmer votre place.  
Ces arrhes ne sont pas encaissées avant les stages, mais ne seront pas restituées en cas de désistement moins de 10 jours **avant la date de la transe** (sauf si une personne en liste d'attente peut vous remplacer)

**TARIF par personne : 65 € (règlement en espèce, chèque ou virement)**

**Durée de la séance : 2h15**

- ✓ J'ai pris connaissance et j'accepte les modalités d'inscription,
- ✓ Je suis informé(e) des contre-indications relatives à la pratique de la respiration active intensifiée par l'hyperventilation et je m'engage formellement à signaler tout état susceptible de constituer une contre-indication à ce travail
- ✓ Je m'engage à appeler la facilitatrice au moindre doute sur les contre-indications mentionnées ou sur ma motivation à participer à ce type de séance d'exploration de soi
- ✓ J'indique ci-dessous si j'ai un trouble particulier pouvant demander des aménagements particuliers :

Personne de confiance à contacter en cas de nécessité (nom, téléphone) :

A :

le :

Signature :

|                                                                 |              |                                   |         |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------|
| CREDIT AGRICOLE ILLE ET VILAINE ST JOUAN DES GUERETS 0299192450 |              |                                   |         |
| Intitulé du Compte :                                            |              |                                   |         |
| MLE KERLEROUX STEPHANIE 1 imp DU dr Anne noury 354300 ST MALO   |              |                                   |         |
| DOMICILIATION :                                                 |              |                                   |         |
| Code établissement                                              | Code guichet | Numéro de compte                  | Clé RIB |
| 13606                                                           | 00007        | 46306264095                       | 27      |
| IBAN International Bank Account Number                          |              | FR76 1360 6000 0746 3062 6409 527 |         |
| BIC Bank Identification Code                                    |              | AGRIFRPP836                       |         |



**Thérapeute Transpersonnelle**

*Enfants, Adolescents, Adultes*

14 rue du dr morvan lannilis  
14 rue du fort châteauneuf 35  
68 bvd rochebonne st malo

sur rdv 07 46 19 77 48  
kerleroux@hotmail.com

[www.stephanie-psychopraticienne-energeticienne.fr](http://www.stephanie-psychopraticienne-energeticienne.fr)