



Cercle de Respiration Holotropique

organisé par Stéphanie Kerlérroux

Bulletin d'Inscription

Date et lieu du séminaire

Le / / 20 – 14 rue du Dr Morvan à Lannilis (29)

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession

Adresse

Tél @mail

🗨️ Avez-vous déjà participé à une Respiration Holotropique avec Stéphanie ? OUI NON

En cas de première inscription à mes séminaires, pour que nous puissions discerner ensemble la pertinence pour vous d'un travail de respiration holotropique, une séance de 55 mn maximum au tarif préférentiel de 45€ est à prévoir par visio ou au cabinet.

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 :

- ❖ Êtes-vous suivi par un thérapeute à l'heure actuelle ou participez-vous à un groupe de soutien :
Si oui avec quelle approche : Gestalt thérapeute, psychologue, psychiatre, autre (à préciser) :

~~~~~

Bulletin d'inscription à faire parvenir au cabinet de Stéphanie au 14 rue du Dr Morvan 29870 LANNILIS, accompagné d'un chèque d'arrhes de 50% du montant du stage soit 65€ 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 jours avant le début du stage (sauf si une personne en liste d'attente peut vous remplacer)

TARIF SÉMINAIRE : 130€ (règlement en espèce, chèque ou virement)

- ✓ 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 holotropique 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 en RH au moindre doute sur les contre-indications mentionnées ou sur ma motivation à participer à ce type de stage
- ✓ 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 :

|                                                                                                                          |              |                  |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|---------|
| CR ILLE ET VILAINE ST JOUAN DES GUERETS 0299192450                                                                       |              |                  |         |
| Intitulé du Compte :                                                                                                     |              |                  |         |
| MLE KERLEROUX STEPHANIE 13 DSC DU FOUGERAY 35430 ST JOUAN DES GUERETS                                                    |              |                  |         |
| DOMICILIATION :                                                                                                          |              |                  |         |
| Code établissement                                                                                                       | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB |
| 13606                                                                                                                    | 00007        | 46306264095      | 27      |
| IBAN International Bank Account Number <span style="background-color: #f4a460;">FR76 1360 6000 0746 3062 6409 527</span> |              |                  |         |
| BIC Bank Identification Code <span style="background-color: #f4a460;">AGRIFRPP836</span>                                 |              |                  |         |



**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](mailto:kerleroux@hotmail.com)

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