

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
A UN PROGRAMME MBSR en 8 séances et une journée
ANIMÉ PAR AXEL BEAUGONIN**

PROGRAMME MBSR

DEMARRANT LE (DATE):

À PARIS

(entourez le lieu)

CAEN Samedi matin

CAEN Vendredi soir

NOM :

PRENOM :

DATE de naissance :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

ADRESSE MAIL :

NUMERO DE TELEPHONE (portable si possible) :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM :

Degré de parenté ou relation :

TELEPHONE:

ANTÉCEDENTS OU PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES :

Dans le cas d'antécédents ou problèmes/fragilités psychiatriques ou psychologiques, j'affirme avoir contacté mon médecin traitant ou le professionnel de santé qui me suit pour vérifier que le programme MBSR proposé est bien adapté à mon état de santé.

Le paiement de la totalité du tarif est demandé à la séance d'information ou à la 1ère séance.

Après remise de paiement, il n'y a pas de remboursement ou annulation possible.

Date :

SIGNATURE

Cochez l'une des deux cases.

Règlement par chèque

Règlement par virement

Titulaire du Compte : Axel Beaugonin

Domiciliation : BNP 12 bd Raspail 75007 Paris

Banque
30004

Guichet
00375

N° de compte
00002450885

Clé RIB
97

IBAN

FR76 3000 4003 7500 0024 5088 597

BIC

BNPAFRPPXXX

QUESTIONNAIRE

Inscription et questionnaire : programme MBSR

Ce questionnaire a pour but de m'aider à vous proposer le meilleur accompagnement possible, au cours de ce programme. Ces informations resteront confidentielles

Quelle est votre motivation principale pour suivre ce protocole de Pleine Conscience ?

Y a-t-il des limitations physiques qui exigent des adaptations (pour la marche, l'assise, les exercices au sol ou debout) et sont une préoccupation pour vous ? S'il vous plaît entourer le cas échéant : audition, vision, mobilité, douleur, ou autres. Si oui, précisez, s.v.p.:

Pratiquez-vous un exercice physique ? Lequel ?

Comment dormez-vous ?

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychologique/psychothérapeutique ou psychiatrique ?

Si oui, pour quelle maladie ou quel trouble? (anxiété, dépression, stress post traumatique, épisodes suicidaires, dépendance (tabac, alcool,...) ou autre ?

Si oui, précisez, s.v.p.:

Autres points que vous souhaitez préciser :

Ce formulaire et questionnaire doit être renvoyé rempli et signé à
Axel Beaugonin, 28 rue de Varenne, 75007 Paris ou scanné et renvoyé par mail à
axel.beaugonin@gmail.com. Il peut aussi être donné en main propre lors d'une séance
d'information ou d'un entretien individuel.