



## BULLETIN D'INSCRIPTION AU MBSR & questionnaire confidentiel

Mindfulness Based Stress Reduction

Programme de 8 semaines conforme au programme du CFM- MA- USA

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

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

Email : .....

Téléphone : .....

Traitement médical éventuel : .....

Tarif individuel : 450€, qui inclut les 8 séances, la journée de pratique, le matériel, le guide et les enregistrements.

Votre inscription sera définitive après examen de votre questionnaire et un entretien téléphonique qui éliminera les éventuelles 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.

Votre place sera réservée dès réception du bulletin d'inscription et de l'acompte (ou de votre inscription sur .

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 nous 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 ? \_\_\_\_ Si oui, pour quelle pathologie ? \_\_\_\_\_
- 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 du 30 janvier au 20 mars 2018 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  
aigüe, maniaco-dépression non stabilisée, TDAH, 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 votre chèque d'acompte, libellé à l'ordre de Sonia Pélisson,  
est à retourner à : Sonia Pélisson, 14 rue Franklin, 33000 Bordeaux  
Vous pouvez aussi renvoyer le questionnaire par email à : [sp@soniapelisson.com](mailto:sp@soniapelisson.com)  
et procéder au virement de l'acompte  
sur le compte bancaire dont le RIB vous sera adressé sur simple demande