



PLEINE CONSCIENCE (MINDFULNESS) et AUTO-COMPASSION :
Applications thérapeutiques
(Formation continue – RA02254-17 – 26 heures reconnues par l'OPQ)

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

POLITIQUE D'INSCRIPTION ET D'ANNULATION À LA FORMATION :

Votre paiement doit nous parvenir par chèques en deux versements égaux au nom de Céline Levasseur, datés et encaissables au premier jour de la formation et à la mi formation. Si vous devez annuler votre inscription avant le début de la formation, la totalité des frais vous sera remboursée. Pour effectuer une annulation avant le début des cours, veuillez compléter et nous faire parvenir la section *Résiliation d'inscription*. Vous recevrez un remboursement dans les 10 jours suivants cette annulation. Céline Levasseur, psychologue, se réserve le droit d'annuler toute formation si le nombre de participants minimum n'est pas atteint. Dans ce cas, la totalité des frais d'inscription vous sera remboursée. Les frais d'inscription comprennent le cahier du participant, le soutien audio pour les pratiques à domicile et l'attestation de participation.

S.V.P. Écrire lisiblement

NOM : _____ PRÉNOM : _____
PROFESSION : _____ NO. DE PERMIS : _____
ADRESSE : _____

TÉL. (____) _____ COURRIEL : _____

Le questionnaire qui suit a pour but de connaître votre état de santé actuel et vos attentes afin que vous puissiez tirer le plus de bénéfices possibles de ce programme. Les informations que vous y fournirez sont soumises à la loi de la confidentialité.

En quelques lignes, veuillez expliquer vos attentes ou objectifs à suivre ce programme :

Pourquoi est-ce actuellement un bon moment pour vous pour entreprendre ce programme ?

VEUILLEZ COCHER À QUELLE SESSION VOUS VOUS INSCRIVEZ

SESSION AUTOMNE (SEPTEMBRE) SESSION HIVER (JANVIER) SESSION PRINTEMPS (AVRIL OU MAI)

ÉTAT DE SANTÉ :

- Souffrez-vous actuellement d'une maladie mentale non stabilisée? Si non, veuillez poursuivre à la prochaine question. Si oui, veuillez spécifier et contacter la responsable du programme avant de compléter votre inscription.

- Souffrez-vous actuellement d'une condition médicale particulière (maladie physique ou maladie mentale stabilisée). Si oui, laquelle (lesquelles) ?

- Prenez-vous présentement de la médication ou des suppléments ? Laquelle(lesquelles) ?

- Consommez-vous présentement des drogues ou de l'alcool? Si oui, quelle substance consommez-vous et à quelle fréquence ?

- Présentez-vous le(s) symptôme(s) suivant(s) ? :

- | | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| MIGRAINE, MAUX DE TÊTE | <input type="checkbox"/> | DOULEURS MUSCULAIRES | <input type="checkbox"/> | DIARRHÉE | <input type="checkbox"/> |
| TROUBLES DIGESTIFS | <input type="checkbox"/> | PALPITATIONS CARDIAQUES | <input type="checkbox"/> | INSOMNIE | <input type="checkbox"/> |
| ECZÉMA, PSORIASIS | <input type="checkbox"/> | INFECTIONS FRÉQUENTES | <input type="checkbox"/> | ARYTHMIE | <input type="checkbox"/> |
| PERTE D'ÉNERGIE | <input type="checkbox"/> | PLEURS PLUS FRÉQUENTS | <input type="checkbox"/> | DÉPRESSION | <input type="checkbox"/> |
| ANXIÉTÉ | <input type="checkbox"/> | ATTAQUE DE PANIQUE | <input type="checkbox"/> | IMPATIENCE | <input type="checkbox"/> |
| CRISES DE COLÈRE | <input type="checkbox"/> | TROUBLES DU SOMMEIL | <input type="checkbox"/> | IRRITABILITÉ | <input type="checkbox"/> |
| DÉSORIENTATION | <input type="checkbox"/> | FATIGUE | <input type="checkbox"/> | DÉPRIME | <input type="checkbox"/> |
| ISOLEMENT | <input type="checkbox"/> | IDÉES SUICIDAIRES | <input type="checkbox"/> | RETRAIT | <input type="checkbox"/> |
| PROBL. DE COMPORTEMENTS | <input type="checkbox"/> | CONFUSION | <input type="checkbox"/> | ABSENTÉISME | <input type="checkbox"/> |
| FAIBLE TOLÉRANCE À LA FRUSTRATION | <input type="checkbox"/> | | | | |
| DIFFICULTÉ À PRENDRE DES DÉCISIONS | <input type="checkbox"/> | | | | |
| PERTES COGNITIVES (DIFFICULTÉS D'ATTENTION – CONCENTRATION – MÉMOIRE) | <input type="checkbox"/> | | | | |
| CONSOMMATION TOXIQUE ACCRUE (ALCOOL, DROGUES, MÉDICAMENTS) | <input type="checkbox"/> | | | | |
| EXACERBATION DES PATHOLOGIES PHYSIQUE OU PSYCHOLOGIQUE DÉJÀ EXISTANTES | <input type="checkbox"/> | | | | |

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire. Lors de la réception de celui-ci et de votre paiement, nous communiquerons avec vous par courriel, à moins d'avis contraire, pour confirmer votre inscription.



PLEINE CONSCIENCE (MINDFULNESS) et AUTO-COMPASSION :
Applications thérapeutiques

(Formation continue – RA00992-14 – 26 heures reconnues par l'OPQ)

FORMULAIRE DE RÉSILIATION D'INSCRIPTION :

Par la présente, je viens vous informer de mon souhait de faire procéder à la résiliation de mon inscription citée en référence.

Par conséquent, je vous remercie de bien vouloir me restituer le solde des sommes avancées, soit _____ \$ (soit le montant total si la demande de résiliation est effectuée avant le début des cours et selon la réglementation de la loi du consommateur en vigueur dans les circonstances où la formation est en cours)

Par avance, je vous en remercie et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom en lettre moulées du participant

Date

Signature du participant