

ATELIER DE RÉDUCTION DE STRESS par la MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

Bonjour, vous avez manifesté le désir de vous inscrire au programme :

- ATELIER DE RÉDUCTION DE STRESS par la MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE -

Vous trouverez ici et dans le questionnaire ci-joint toutes les informations concernant le programme et les procédures d'inscription.

Le coût de la formation, soit huit sessions de 2 ½ heures chacune, est de 375,00\$ + les taxes applicables (soit 431,16\$ au total). Ce montant inclut aussi le matériel didactique et le soutien audio d'accompagnement.

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 et le soutien audio pour les pratiques à domicile.

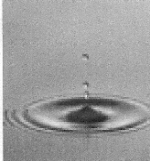
Vous pouvez faire parvenir votre paiement dès maintenant pour vous assurer une place dans le groupe de la prochaine session.

Sous toute réserve et dans des circonstances exceptionnelles, Céline Levasseur psychologue se garde le droit d'annuler toute activité d'atelier en tout temps. Dans ce cas, la responsabilité de Céline Levasseur psychologue consistera uniquement à rembourser la totalité des frais d'inscription déjà acquittés. Céline Levasseur psychologue peut également modifier une ou plusieurs dates d'un programme d'atelier, aussi dans des situations très exceptionnelles ou hors de son contrôle.

Une tenue vestimentaire confortable est suggérée puisque nous feront certains exercices au sol. Pensez aussi à apporter chaussettes ou pantoufles pour augmenter votre confort. Vous pouvez aussi apporter un petit coussin et une couverture si vous le désirez. Il fait parfois frais lorsqu'on médite. Vous pouvez apporter votre tapis de yoga si vous le désirez mais nous avons des tapis de yoga disponibles sur place.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire d'inscription. Nous vous demandons de l'imprimer, le compléter pour finaliser votre inscription et nous le faire parvenir accompagné de votre paiement à l'adresse suivante :

Atelier de Réduction de Stress
A/S Céline Levasseur, psychologue
30 rue St-Louis
Longueuil (Qué).
J4R 2L4



ATELIER DE RÉDUCTION DE STRESS par la
MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE
QUESTIONNAIRE PRÉ-INSCRIPTION

S.V.P. Écrire lisiblement

NOM DE FAMILLE : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉL. : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

Le présent questionnaire 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 ET QUEL EST VOTRE PREMIER CHOIX ET VOTRE DEUXIÈME CHOIX S'IL Y A LIEU:

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

8 vendredis de 9H30 à 12H00 _____

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 ? La(les)quelle(s)?

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

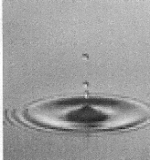
- Présentez-vous le(les) symptôme(s) suivant(s) :

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"/>				

- Veuillez indiquer le nom et le no. de téléphone de votre médecin de famille et/ou médecin(s) traitant(s) :

- Veuillez indiquer le nom et le no. de téléphone de votre psychologue (si tel est le cas) :

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.



ATELIER DE RÉDUCTION DE STRESS par la
MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

FORMULAIRE DE RÉSILIATION D'INSCRIPTION :

Si vous deviez annuler votre inscription, veuillez utiliser ce formulaire :

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