**BULLETIN D’INSCRIPTION SOPHROLOGIE**

**SÉANCES DE GROUPE**

**Année 2015 – 2016**

**NOM :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphones (merci d’indiquer celui ou ceux auxquels vous êtes joignable en journée) :**

Domicile / Travail :

Portable :

**Mail  (lisible):**

**Avez-vous des douleurs physiques à signaler ? (Ex : aux cervicales)**

**Avez-vous des aversions ? (Ex : un type d’animal, un lieu)**

**Vous souhaitez souscrire *(Merci d’entourer le forfait de votre choix)*:**

**Un forfait de 5 séances (valable 4 mois) au tarif de 80,00€**

**Un forfait de 10 séances (Valable 6 mois) au tarif de 150,00€**

**J’ai bien pris connaissance des modalités de réservation et du fait que les séances sont suspendues pendant les vacances scolaires de la zone C et les jours fériés.**

**Date :**

**Signature :**

**Le règlement peut être fait par chèque à l’ordre de « Elisabeth LIGIER » ou en espèces.**

**MODALITÉS DE RÉSERVATION**

**- La réservation se fait par téléphone, mail ou SMS.**

**- La réservation se fait dans la limite des places disponibles afin de garantir le confort des participants.**

**- Un mail ou SMS vous sera adressé 24h/48h avant la séance. Sans réponse de votre part, la réservation ne sera pas retenue.**

**- Si vous participez régulièrement aux séances, la réservation pourra être automatique d’une semaine sur l’autre à charge pour vous de me prévenir en cas d’absence.**

**- L’annulation d’une réservation doit se faire impérativement par SMS 24h à l’avance. À défaut, la séance sera due et donc déduite de votre forfait.**

**Nous tiendrons évidemment compte des évènements exceptionnels.**

**- En dessous de 4 réservations, la séance sera annulée par SMS la veille.**

**- Les séances n’ont pas lieu pendant les vacances scolaires et les jours fériés.**

**- Je vous remercie d’être ponctuel afin de ne pas perturber le confort et la concentration des autres participants à la séance.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Elisabeth LIGIER**

**Sophrologue certifiée au Répertoire National de Certification Professionnelle (Titre R.N.C.P.)**

**Cabinet sis au 51 Ter, rue Édouard Vaillant (93100) MONTREUIL**

**Tel : 06.77.89.16.91**

**Mail :** [**exploitezvosressources@gmail.com**](mailto:exploitezvosressources@gmail.com)

**Site : coaching-sophrologie.com**

**Siret : 811 270 834 00013**

A reçu de M………………………………………………la somme de……………………………………………en règlement de la souscription d’un forfait de ………… séances (valable………… mois).

À Le

Signatures :

E. LIGIER M……………………….