

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Dates de la retraite souhaitée	
Nom et Prénom	
Téléphone	
Email	
Adresse postale	
Activité professionnelle	
Souffrez-vous de troubles physiques, émotionnels ou psychiques ? Si oui lesquels ?	
Suivez-vous un traitement médical ? Si oui lequel ?	
Avez-vous une expérience de la méditation ? Si oui la(les)quelles ?	

Personne à joindre en cas de nécessité

Nom	
Téléphone	