

Michel BERNARD

Tél : 0644981772 Courriel : michelurianaka@gmail.com

SIRET 31442207200061 APE 8219Z

ASS MMA PRO-PME N°144855305

Urianaka

Formation « La voie du Traqueur - L'Éveil du Gardien »

en Individuel et GROUPE par visios sur 6 mois **20.... - 20....**

- Bulletin d'inscription et conditions générales -

Nom:..... Prénom:..... Age :.....

Adresse:.....

Tél. mobile:..... Courriel:.....

Inscription :

Je déclare m'inscrire à la formation « **La Voie du Traqueur - L'Éveil du Gardien** » au prix de **1200€** selon son descriptif accessible sur le site urianaka.com que j'ai parfaitement compris.

Mon inscription à cette formation est obligatoire selon toutes les conditions ci-dessous. J'ai reçu toute l'information nécessaire à ma prise de décision que je confirme par un courrier de motivation.

Mon inscription implique le dépôt de **3 chèques de la valeur de 400€**, datés du jour de leur envoi, libellés et adressés à Michel BERNARD. Ils sont garants de mon engagement et seront encaissés à la date des 1^{ère} et 6^{ème} séance de visio-conférences.

Annulation : Elle devra être stipulée par écrit à Michel BERNARD.

Annulation de participation à la totalité de la formation : Je devrai prévenir 30 jours avant la date de la 1^{ère} séance de visio-conférence pour que 2 chèques d'engagement me soient restitués. Passé ce délai et quelle **que soit la raison invoquée**, un chèque de 400€ sera encaissé et les deux autres restitués.

Décision d'interrompre ma formation durant son cours et **quelle qu'en soit la raison** le chèque de 400€ suivant sera intégralement encaissé.

Responsabilités :

Je déclare voir rempli sincèrement le descriptif général de mon état de santé physique, émotionnel, psychique...et indiqué tout renseignement que je jugerai utile (médicaments, opérations etc..) s'il y a lieu selon l'avertissement ci-dessous.

Je participe à cette formation sous ma seule responsabilité et décharge Michel BERNARD de toute implication dans tout dommage corporel et/ou psychologique qui pourrait me survenir entre et pendant les séances de visio-conférence et notamment au cours des pratiques qui me seront proposées pendant ma formation, pratiques que je serai libre de refuser.

Avertissement :

Les enseignements et pratiques dispensés par cette formation ne visent en aucune façon à se substituer à un avis médical et/ou aux éventuels traitements médicamenteux prescrits au participant par son médecin.

Un entretien individuel est requis avant de s'inscrire.
L'adresse d'expédition du bulletin d'inscription accompagné des chèques d'engagement sera donnée à ce moment.

Bon pour accord sans réserve :

Date :

Signature :

**Courrier de motivation et descriptif général d'état de santé
sont obligatoires et à rédiger au verso.**

Garder une copie de ce bulletin