

Michel BERNARD

Tél : 0644981772 Courriel : michelurianaka@gmail.com

SIRET 31442207200046-APE 748FP

ASS MMA PRO-PME N°144855305

Urianaka

Formation 1 : « La Voie du Traqueur »

Formule INDIVIDUELLE.

par modules de 3 mois comprenant 6 visioconférences

- Bulletin d'inscription et conditions générales -

Nom: Prénom: Age :

Adresse:

Tél. Mobile: Courriel:

Inscription :

Je déclare m'inscrire à la formation 1– « **La Voie du Traqueur** », par visioconférences selon le descriptif de la Formule individuelle que j'ai parfaitement comprise. Je suis informée que **cette formule ne contient que les pratiques essentielles et accessibles sous cette forme d'acquisition**. Je comprends que mon rythme d'engagement, d'assimilation et de progression déterminera le nombre de modules qui me seront nécessaires, **2 à minima, 3 maxima**.

Chaque module est au prix de **480€ reconductible sur demande de ma part**

Tout module commencé implique son règlement par chèque bancaire.

Une retenue de 150€ sera appliquée pour une désinscription avant la période de **15 jours précédents** le début du module concerné. Aucune restitution ne sera effectuée hors cette clause.

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 viens sous ma seule responsabilité et décharge Michel BERNARD de toute implication dans tout dommage corporel et/ou psychologique qui pourrait me survenir durant et suite aux pratiques qui me seront proposées pendant ceux-ci, pratiques que je serai libre de refuser.

- **Nota :** Les enseignements et pratiques dispensés dans 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
- Courrier de motivation et descriptif général d'état de santé sont obligatoires. Les rédiger ci-dessous et au verso si nécessaire. **Garder une copie de ce bulletin.**

Bon pour accord sans réserve :

Date:

Signature:

Motivation et descriptif général d'état de santé

•