



Méditation Pleine Conscience

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

Mindfulness – à compléter par le psychologue / psychothérapeute	
Nom	
Adresse	

Je soussigné déclare que _____

A suivi un cours de méditation pleine conscience du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Et a payé la somme de _____ euros.

Date: ____ / ____ / ____

Signature du psychologue/psychothérapeute: