



Afin de bénéficier du remboursement, vous devez remplir ce formulaire, le transmettre à votre mutualité et être en ordre de cotisations.  
Retrouvez les adresses et horaires de nos agences sur [www.ml.be](http://www.ml.be) ou en scannant le QR-code.  
Vous pouvez également l'envoyer par mail à l'adresse [ac409@ml.be](mailto:ac409@ml.be)



## 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: