

# BULLETIN D'INSCRIPTION

Au stage du ..... au .....

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse :

.....

Tél : ..... e-mail : .....

Age : ..... Profession : .....

Arrhes versées ce jour : ..... Reste dû : .....

J'ai bien pris connaissance des modalités de désistement et des éventuelles contre-indications à la pratique de la Respiration Holotropique.

A ..... le .....

Signature

**A envoyer avec votre chèque d'arrhes à Evelyne BEGUE  
85, Avenue de la République, 33200 BORDEAUX**

**Contre-indications :** *Il est important de signaler si vous souffrez d'une maladie particulière ou si vous avez subi récemment une intervention chirurgicale, qui peuvent nécessiter certains aménagements dans l'accompagnement. Les maladies cardiovasculaires (infarctus, angine de poitrine, hypertension sévère), l'épilepsie, le glaucome, des antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique peuvent éventuellement constituer des contre-indications au travail de respiration. Les femmes enceintes doivent impérativement le signaler.*