**Bulletin d’inscription MBCT**

**Programme MBCT - 8 semaines,** 8 séances de 2h.  
Lieu : 17 rue de la Pompe, 75116 Paris.  
Les 8 séances auront lieu de 20H à 22H les mardis :

- 18 et 25 septembre 2018 ;  
- 02, 16 et 23 octobre 2018 ;  
- 06, 13 et 20 novembre 2018 ;

et la journée d’approfondissement de 10H à 17H le dimanche 11 novembre 2018.

Participer à une séance d’initiation est nécessaire pour s’inscrire au programme MBCT :

Prochaine réunion préalable le mardi 04 septembre 2018 de 20H à 22H, ou RDV individuel.

Informations et inscriptions : Aurélie Gillon, aurelie.gillon@gmail.com, Tel : 06 15 23 62 96.

Tarifs et conditions (au choix, à cocher)

**Programme MBCT - 8 semaines**  
**☐** 8 séances de 2H, documents et enregistrements audio pour la pratique individuelle

**☐** Financement Entreprise : 980 € HT.  
**☐** Financement Profession libérale / TPE : 690 € HT.  
**☐** Financement à titre personnel : 490 € TTC.  
Possibilités de règlement échelonné et de tarif réduit (sans emploi ou étudiant).

**☐** Journée d’approfondissement (obligatoire pour un·e futur·e praticien·ne)

**☐** Financement Entreprise : 220 € HT.  
**☐** Financement Profession libérale / TPE : 160 € HT.  
**☐** Financement à titre personnel : 110 € TTC.

Conditions d’annulation:

– jusqu’à 1 mois avant : remboursement de 50 %.  
– jusqu’à 15 jours avant : remboursement de 20 %.  
– à partir de 2 semaines avant : aucun remboursement.  
– aucun remboursement ne sera attribué pendant le programme.

Date et signature participant·e :

Renseignements Participant·e :

Prénom : ................................................................................... Nom : ..................................................................... Âge : ………………  
Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  
Code postal : ........................................................................ Ville : ..........................................................................................................….  
Téléphone : ...........................................................………… Email : .......................................................................................................……

Profession / Activité : ………………………………………………………………………………………………………………………….……

Situation de famille : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Questionnaire strictement confidentiel :  
*L’information donnée reste strictement confidentielle et au seul usage de l’intervenante, psychologue clinicienne.  
Elle permet de valider l’inscription, d’éviter les contre-indications au programme et par ailleurs de mieux vous accompagner.  
Chacun·e assume la responsabilité personnelle de sa participation au programme. En vous inscrivant, vous déclarez ne souffrir a priori d’aucune affection incompatible avec cette expérience engageante. Si vous avez un doute, merci de le signaler.*

Comment avez-vous eu connaissance du programme et de l’intervenante ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Quelles sont vos 3 principales motivations pour suivre ce programme ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Faites-vous du sport ? Lequel ?…………………………………………………………………………………………………………………

Problèmes physiques rendant difficiles les mouvements doux, la marche et l’assise en tailleur ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Comment est votre sommeil ?……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Au cours des cinq dernières années, avez-vous bénéficié d’un accompagnement psychologique ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
Quelle est votre situation à l’heure actuelle (suivi, traitement et pour quelles pathologies) ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Avez-vous changé ou arrêté un traitement au cours des 3 derniers mois ? Si oui, lequel ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Quels médicaments prenez-vous actuellement ? ………………………………………………………………………………………

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogues)  ou comportements (alimentation, jeu…) ? ………………………………………………………………………………………………..

Médecin ou psychologue référent ? ………………………………………………………………………………………………………….

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus et quels sont les éléments les plus stressants pour vous ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Autre(s) information(s) que vous souhaitez communiquer : …………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………