



Accompagnement psychologique - *Mindfulness* -

Vos données

Vous pouvez coller une vignette ci-dessous

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

Informations requises

A remplir par le psychologue / psychothérapeute « Mindfulness »

Nom du praticien	
Adresse du praticien	
Je déclare que le bénéficiaire susmentionné a suivi un cours de méditation pleine conscience	
Période	Du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____
Montant payé	EUR
Date :	Signature et cachet du praticien :