



ATELIER PRATIQUE DE THÉRAPIE DE LA COHÉRENCE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

www.plenisources.com

Lieu (encerclez) :

Volet 1 en direct via ZOOM, 28-29 novembre 2025

Volet 2 en direct via ZOOM, 6-7 février 2026

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

Tél. : Résidence : _____ Bureau : _____ Cellulaire : _____

Titre professionnel : _____

Mode de paiement :

☐ Poste (chèque au nom de *Plénisources*; adresse : **Plénisources, 417 rue du Patrimoine, Cacouna, Québec, G0L 1G0.**)

Signature

Date