



## ATELIER PRATIQUE DE THÉRAPIE DE LA COHÉRENCE

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

[www.plenisources.com](http://www.plenisources.com)

Lieu (encernez) :

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