



ENSEIGNER LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

www.plenisources.com

* **En différé Volets 1, 2 et 3** allez sur: www.formationsinnovation.com

En présence (volet 4)

24 -27 avril 2025(Québec)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

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

Titre professionnel : _____

Avez-vous déjà suivi une formation relativement à la pleine conscience? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

Utilisez-vous personnellement une ou des techniques liées à la pleine conscience?

Oui Non

Enseignez-vous à vos clients des techniques liées à la pleine conscience? Oui Non

Mode de paiement :

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

Signature

Date