

Formulaire d'inscription au stage de Méditation de pleine conscience (programme MBSR) - Janvier-Mars 2019 – Paris.

Données personnelles

Prénom :

Nom:

Adresse (indiquer si privée ou professionnelle) :
.....
.....

Téléphone :

E-mail :

Profession :

Programmes « MBSR » suivis préalablement

Avez-vous suivi comme participant **un programme de 8 semaines** (MBSR ou MBCT)? oui non

Si oui, merci d'indiquer:

- le type de programme: MBSR ou MBCT (rayez la mention inutile)
- l'année :
- le lieu :
- le nom de l'instructeur (ou des instructeurs) :

Avez-vous assisté au **séminaire de 5 jours "les outils de la pleine conscience"**? oui non

Si oui, merci d'indiquer:

- l'année :
- le lieu :
- le nom de l'animateur

Avez-vous assisté à un autre programme autour de la pleine conscience oui non

Si oui, lequel merci d'indiquer:

- l'année :
- le programme :
- le lieu :

Avez vous une expérience de la méditation dans un autre contexte ? oui non

.....
.....
.....

Nous pourrions vérifier ensemble que vous pouvez participer en toute sécurité à ce stage : merci de répondre aux questions suivantes (aucune inscription ne sera considérée sans ce document)

Certaines situations vous exposent à ne pas profiter de ce stage dans les meilleures conditions. Elles peuvent nécessiter un échange téléphonique pour réfléchir ensemble à votre participation au stage, et justifier que votre inscription soit préférée plus tard, à distance d'une période trop difficile pour vous.

Ce questionnaire est donc conçu pour vous permettre de vous engager sereinement dans cette découverte de la pratique de la pleine conscience... Les informations que vous voudrez partager ici pourront être discutées lors de l'entretien téléphonique si vous le souhaitez.

Ce document est strictement confidentiel

SANTE (SI APPROPRIE)
Souffrez-vous d'une pathologie qui peut impacter sur votre pratique ou que vous souhaitez mentionner :
INFORMATIONS PERSONNELLES
Pensez-vous avoir vécu des événements traumatisants ? avez-vous déjà souffert de dépression ou d'autres situations psychiatriques ?
QU'ATTENDEZ VOUS DE CE PROGRAMME ? POUVEZ VOUS NOMMER TROIS OBJECTIFS ?

Avez vous un correspondant médical qui pourrait nous éclairer sur l'opportunité de votre participation à ce stage ? oui non

Souhaitez vous que nous puissions le contacter ? oui non

Si oui, merci de nous communiquer ses coordonnées :

Chaque personne assume la responsabilité personnelle de sa participation au séminaire :

Veuillez cocher cette case pour indiquer que vous avez bien lu le document décrivant le déroulement du stage et estimez ne souffrir d'aucune affection incompatible avec votre participation à une telle expérience.

Date:

Signature :