

Bulletin

CENTRE SOPHRENE

Mme LEU Catherine
29 rue Tronchet
75008 Paris

TEL: 07 89 50 02 01

Nom :Prénom :
Profession :
Rue : n°:
Code postal : Ville :
Tél. : E-mail :

Je confirme mon inscription au stage sur « **le sens des désirs alimentaires** ».

Ajouter la date du stage ICI : / / .

Coût: 220€ TTC (au taux de TVA en vigueur au moment de la réservation)

Je verse **50%** du coût du stage, le solde le jour du stage

SIGNATURE