

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2021 - 2022**  
**À renvoyer à votre enseignant référent**

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Tél ..... Email .....

**C'EST VOTRE PREMIÈRE INSCRIPTION**

- FORMATION PREMIER CYCLE : pour bénéficier des tarifs préférentiels,  
veuillez verser un chèque de 45 € de cotisation annuelle, **à l'ordre de l'A.F.O.B.**

**VOUS RENOUVELEZ VOTRE INSCRIPTION**

- FORMATION 1er CYCLE     FORMATION 2nd CYCLE     HORS FORMATION

**INDIQUEZ LES SÉMINAIRES AUXQUELS VOUS VOUS INSCRIVEZ :**

**PREMIER et SECOND CYCLE**

- |   |             |            |
|---|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> JOURNEE DECOUVERTE     | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> PHASE 4                | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> PHASE 5                | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> PHASE 6                | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> CRÂNIEN                | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> VISCÉRAL               | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> RÉSIDENTIEL 1er CYCLE  | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> RÉSIDENTIEL 2ème CYCLE | DATES ..... | LIEU ..... |

**STAGES A THEME - 2° CYCLE**

- |  |             |            |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> CHAPMAN                         | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> ART DU MOUVEMENT                | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> APPROCHES SYNDROMES POST-TRAUMA | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> TECHNIQUES COMPLEMENTAIRES      | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> TECHNIQUES COMPLEMENTAIRES      | DATES ..... | LIEU ..... |

**FORMATION COMPLEMENTAIRE/TECHNIQUES ADDITIONNELLES**

- |  |             |            |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> O.B. EQUINE                 | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> CHANT & PRATIQUE DE L'O.B.  | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> DIALOGUE INTERIEUR          | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> ATELIER AUTO-CORRECTION     | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> FEMME ENCEINTE & NOURRISSON | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> VISCÉRAL & EMOTIONS         | DATES ..... | LIEU ..... |

DATE :

SIGNATURE :