



Séminaire de Constellations Familiales



Je m'inscris au séminaire de : *entourez le lieu choisi*

Cherbourg	Lille	Rennes	Zoom
-----------	-------	--------	------

Pour le : _____

En tant que :

☐ *Constellé*

☐ *Représentant*

Nom _____

Prénoms _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Portable _____

Email _____ @ _____



A _____ le _____

Signature précédée de la mention manuscrite « *Je participe à cette activité sous mon entière et pleine responsabilité* »

- ☐ Je joins le montant correspondant à ma participation, à l'ordre de Lydie Poisson envoyé au
53, Avenue de Normandie – Résidence Aurigny – 50130 Cherbourg en Cotentin

Les tarifs :

Constellé : 110€

Représentant : 35€

N° SIRET : 50820008600017

*Membre d'une Association Agréée par l'Administration Fiscale,
acceptant à ce titre le règlement des honoraires par chèques libellés à son nom.*