

## FORMULAIRE D'ADHESION

Merci de remplir ce formulaire, **conserver l'original qui sert d'attestation fiscale**, nous envoyer la photocopie accompagnée de votre règlement au Trésorier :

**Raffi Cherbedjian**  
**42 montée des bécets - Tincave 73350 Bozel**

Envoyer une copie par mail à : [commission.validation@apf-somatic-experiencing.com](mailto:commission.validation@apf-somatic-experiencing.com)

|                   |        |            |
|-------------------|--------|------------|
| NOM               |        |            |
| PRENOM            |        |            |
| ADRESSE           |        |            |
| CODE POSTAL       |        |            |
| VILLE             |        |            |
| Tél professionnel | Fixe : | Portable : |

ECRIRE TRÈS LISIBLEMENT

|            |  |
|------------|--|
| E-mail     |  |
| Profession |  |

J'adhère Je souhaite figurer dans l'annuaire des praticiens APFSE oui  non

En formation SE (80€)  Praticien SE (120€)

J'ai pris connaissance du code déontologique et m'engage à le respecter

Je soutiens la Somatic Experiencing et je fais un don de ..... €  
 Ce don n'est pas déductible des impôts.

|           |  |                      |
|-----------|--|----------------------|
| Date      |  | N° du chèque joint : |
|           |  | N° du virement :     |
| Signature |  |                      |