

# SOMATIC EXPERIENCING

## FORMULAIRE D'ADHESION

- Merci de remplir ce formulaire et de l'envoyer par mail aux 2 adresses suivantes :
- Trésorier : [atheriault@gmx.net](mailto:atheriault@gmx.net)
  - Commission de validation : [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.*

Un justificatif vous sera envoyé par mail dans les meilleurs délais.

Date		N° du virement :
		Date :
Signature		