

SOMATIC EXPERIENCING

FORMULAIRE D'ADHESION

Merci de remplir ce formulaire et de l'envoyer par mail aux 2 adresses suivantes :

- Secrétaire : vbelleveau@wanadoo.fr
- Commission de validation : 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		Date du virement :
Signature		

Association régie par la loi du 1er juillet 1901
Dépôt n° **W691073467** - apfse.com -
Siège social : **41 avenue de saint Mandé 75012 Paris**