HYPNOSPHERE
FORMATIONS

BULLETIN D'INSCRIPTION

À renvoyer par mail à : clement.smolinski@live.fr
ou par voie postale à **Clément Smolinski, 12 rue de la chapelle 09600 Pradettes**

INFORMATIONS GÉNÉRALES

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom et Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Profession : .....

Je souhaite participer à la formation suivante

☐ Technicien.ne en hypnose (1950€)
☐ Praticien.ne en hypnothérapie (1950€)
☐ Psychopathologie des troubles anxieux (750€)
☐ Spécialisation enfants (750€)

TOTAL : ..... €

Je souhaite régler ma formation :

☐ En 1 seul règlement : chèque / virement bancaire
☐ En 3 règlements (dont arrhes de réservation)
☐ Selon calendrier négocié

➔ Les chèques sont à mettre à l'ordre de **Clément Smolinski**

Quelles sont vos attentes et vos motivations pour suivre cette formation ?

HYPNOSPHERE
FORMATIONS

Merci de lire et valider les mentions suivantes :

Je reconnais que cette formation n'est ni une thérapie, ni un traitement médical, ni une aide psychologique et ne s'y substitue en aucun cas. Si je soupçonne ou si je sais que je souffre d'un quelconque problème d'ordre médical ou psychologique, je m'engage à suivre un traitement approprié jusqu'à rémission ou amélioration complète avant d'entamer une formation avec HYPNOSPHÈRE Formations. En particulier, je reconnais avoir été averti qu'en raison des spécificités psychologiques de l'hypnose, que l'accès aux formations est formellement interdit aux personnes souffrant de troubles dissociatifs, diagnostiqués ou non. HYPNOSPHÈRE Formations ne saurait en aucune façon et à aucun moment être tenu responsable d'un épisode psychotique dû à une fragilité psychologique inacceptable dans une formation à l'Hypnose.

Je reconnais que les Certifications et Diplômes en Hypnose ne pourront m'être accordés qu'avec la participation à toute la formation (nombre d'heures exact), une attitude sérieuse, rigoureuse et respectueuse, et sur démonstration de mes compétences techniques lors d'un examen écrit et pratique. Le cas échéant, des sessions de perfectionnement sont accessibles sous conditions afin de parfaire ma formation et atteindre le niveau requis pour les certifications et/ou diplômes.

J'ai bien compris que ces formations m'apportent la maîtrise technique d'un outil d'accompagnement et de communication : L'hypnose. Je reconnais qu'elles ne forment pas au métier de coach, de psychologue, ou de psychothérapeute (qui sont des titres protégés). Les titres habituellement utilisés par un.e praticien.ne de l'hypnose est «praticien.ne en hypnose» (titres libres d'utilisation).

Je reconnais au formateur le choix plein et entier de la manière dont sera délivrée cette formation et le droit d'inviter un.e ou des intervenant.e.s pour animer une ou plusieurs sessions de formation. J'ai compris qu'aucun enregistrement (audio ou vidéo) ne sera autorisé durant la formation et les démonstrations, sauf autorisation expresse du formateur.

J'autorise HYPNOSPHÈRE Formations à utiliser d'éventuelles photos ou enregistrements vidéo des formations où je suis susceptible de figurer (dans le cas contraire, signalez-le en avance).

Je reconnais que je pourrais être renvoyé de tout ou partie de la formation suivie, sans aucun droit au remboursement, pour fausse déclaration sur ce présent Bulletin d'Inscription, ou si je venais à manquer à mes engagements d'assiduité en formation ainsi que pour toutes raisons pédagogiques ou psychologiques dont le ou les formateurs sont seuls juges. J'ai conscience qu'aucune forme de violence, de discrimination ou de manque de respect envers le ou les formateurs et/ou mes co-stagiaires ne sera toléré et fera l'objet d'un renvoi immédiat.

Je reconnais enfin que, pour des raisons de sécurité, d'éthique ou pour le confort du groupe de formation, HYPNOSPHÈRE Formations se réserve le droit de refuser sans justification toute demande d'inscription à ses formations en Hypnose.

DATE :

Signature :

HYPNOSPHERE
FORMATIONS

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

(toutes ces informations sont gardées strictement confidentielles)

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Asthme, troubles respiratoires ☐oui ☐non
- Allergie(s) grave(s) ☐oui ☐non
- Épilepsie ☐oui ☐non
- Dépression nerveuse ☐oui ☐non
- Troubles cardiaques ☐oui ☐non
- Êtes-vous ou avez-vous déjà été suivi pour raisons psychiatriques ? ☐oui ☐non
  - notamment pour des troubles dissociatifs (bipolarité, schizophrénie...)
- Souffrez-vous de comportements addictifs graves (drogue, alcool...) ? ☐oui ☐non
- Souffrez-vous d'une incapacité physique ou psychologique qui pourrait vous empêcher de participer sereinement à un programme intensif de formation professionnelle ?
  ☐oui ☐non
- Êtes-vous en situation de handicap ou avez-vous besoin d'un aménagement particulier ?
  ☐oui ☐non
  Si oui, merci d'indiquer lequel afin que nous trouvions une solution adaptée :

.....

.....

.....

Toutes ces informations sont importantes pour nous et seront bien entendu

gardées strictement confidentielles.

Je déclare avoir rempli honnêtement ce Bulletin d'Inscription.

DATE :

Nom, Prénom :

Signature :