



## FEUILLE D'INSCRIPTION

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

E-mail :

Profession :

- Je désire m'inscrire à la formation complète de l'École de Médecine Chinoise et Qi Gong (41 jours)
- Je désire m'inscrire à la formation de Médecine Traditionnelle Chinoise (21 jours)
- Je désire m'inscrire à la formation de QI GONG médical (20 jours)

Lieu de la formation :

- ANNECY
- GRENOBLE
- BUGARAC

Inscription à une autre formation ou stage (à préciser) :

Je joins un chèque de 150 € à l'ordre de l'ASSOCIATION A.L.P.E.S. représentant les arrhes pour le premier stage.

Fait à :

Le :

Signature :