

# ART THÉRAPIE

## STAGE & ATELIER

### BULLETIN D'INSCRIPTION : Stage ou Atelier en ART THÉRAPIE

Atelier

Journée complète

Week-end (2jours)

Séance individuelle

Date ..... Thème .....

Nom du participant .....

Prénom du participant .....

Nom et prénom parent / tuteur .....

Téléphone tuteur ou personne à contacter .....

Adresse .....

Téléphone .....

Mail .....

Demande ou information complémentaire .....

Comment m'avez vous connue ?

Site Facebook Flyer Bouche à oreille Autre: .....

J'accepte d'être pris(e) en photo lors des ateliers oui non

Date Fait à

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature précédé de la mention «lu et approuvé»



**Mallaury Vieux ART THÉRAPIE**

**Tel : 06 65 99 10 40**

**Mail : [vieux.mallaury@gmail.com](mailto:vieux.mallaury@gmail.com)**

**Site: [www.mv-art-therapie.fr](http://www.mv-art-therapie.fr)**