

## La RÉGÉNÉRATION du SYSTÈME LYMPHATIQUE

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Code Postal :**

**Ville :**

**Tél fixe :**

**Portable :**

**e.mail :**

Profession actuelle (obligatoire) :

Si médicale, paramédicale ou disciplines alternatives, préciser formation (s) acquise (s).

Souhaite participer au module de formation RÉGÉNÉRATION du SYSTÈME LYMPHATIQUE.

**J'ai bien noté que seul le questionnaire ci-dessus TOTALEMENT rempli déclenchera une réponse du GROUPEMENT et que seule une inscription définitive et acceptée me permettra de participer à cette journée.**

**A retourner à :**

**G**roupement des **B**iomagnétiseurs **P**rofessionnels  
et **D**isciplines **A**lternatives **A**ssociées  
Les Tourniers – 69220 LANCIÉ

e.mail : [bio.groupe50@orange.fr](mailto:bio.groupe50@orange.fr)

Contact téléphonique : 09.64.31.83.17