

## ***Integral Somatic Psychology (ISP)***

Formation professionnelle -Sylvie Voyer et Dr Raja Selvam

**MODULE 1 - 12, 13, 14 Septembre 2025** - module en présentiel et par vidéo -

**LIEU : THE ORIGINAL CITY HOTEL COSTIERES NIMES**

205, rue Tony Garnier Ville Active, 30900 Nîmes

### **BULLETIN D'INSCRIPTION**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Téléphone portable. \_\_\_\_\_ Fixe \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

☐ Je m'inscris au module 1 - Introduction à l'*Integral Somatic Psychology*

**TOTAL 480.00€** Paiement par chèque, libellé au nom de : Association Co-Errance

Merci d'envoyer votre chèque et le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante, ou par courriel :

Sylvie Voyer 15 rue du Vallon, 30900 Nîmes -FR

sylvievoyeur@gmail.com

**L'inscription est validée à la réception du paiement.**

Transfer Bancaire : RIB/IBAN sur demande auprès de Sylvie VOYER 0673373159

Date limite d'inscription et confirmation : 31 juillet 2025

Clause d'annulation : remboursement intégral si annulation au plus tard le 15 juillet 2025.

**NB :** En cas d'annulation de la formation par l'Association Co-Errance à partir du 31 juillet 2025, toutes les inscriptions reçues à ce jour seront remboursées intégralement.

**Déclaration de participation :** Je déclare savoir que la formation n'est pas une thérapie et ne peut être considérée comme telle.

Je déclare avoir parfaitement conscience qu'il s'agit d'une formation professionnelle dont l'objet n'a aucun rapport avec un traitement médical et n'a pas vocation à s'y substituer. Cette formation n'a pas valeur de diplôme reconnu par l'état et ne délivre aucun titre permettant d'exercer le métier de psychothérapeute ou de psychologue. Les validations ont une valeur de reconnaissance interne. Cette formation d'une durée totale de 12 jours répartie sur 4 modules de 3 jours, donnera lieu à une attestation de participation à la formation *Integral Somatic Psychology*, délivrée par l'institut du même nom. Je déclare avoir lu, compris et accepté les conditions exposées dans ce contrat.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Renseignements :

Sylvie VOYER : 0673373159 ou par courriel : sylvievoyeur@gmail.com