



## BULLETIN D'INSCRIPTION

*Détox d'automne du 29 octobre au 1<sup>er</sup> novembre*

### IDENTITE DU PARTICIPANT

NOM & PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL .....VILLE .....

### COORDONNEES

TELEPHONE .....

EMAIL .....

NOM ET NUMERO PERSONNE A PREVENIR EN CAS

D'URGENCE .....

### ENGAGEMENT

*J'atteste être en mesure de marcher au minimum 2 heures par jour, être en bonne santé et je m'engage à assurer mes responsabilités personnelles et en groupe*

*Je confirme mes déclarations étant sincères et véritables et dégage Clarisse CARON - Naturopathe de toute responsabilité à ce sujet. Je m'engage également à avertir de tout changement de situation sur ma santé pouvant survenir avant le séjour.*

*J'ai bien pris connaissance des contre-indications du Jeûne sur le site internet [www.naturopathe-clarissecaron.com](http://www.naturopathe-clarissecaron.com)*



### **REGLEMENT**

*Je joins un chèque d'arrhes (150 €) à libeller à l'ordre de Clarisse CARON et à renvoyer avec le bulletin d'inscription.*

*Clarisse CARON – 44 rte des Saintes Maries de la mer – 13200 ARLES*

*Pour règlement par virement, demandez le RIB / IBAN*

*Le solde sera à régler le jour du stage – Chèque ou espèces*

### **ANNULATION**

*En cas d'annulation, à moins de 30 jours du début du stage, les arrhes seront remboursées à 50 % et à moins de 20 jours seront perdues.*

*A moins de 10 jours, la totalité du séjour est due.*

*Date : ...../...../.....*

*Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »*

**Clarisse CARON - Naturopathe**

*Pôle santé du Grand Rhône - 44 route des Saintes Maries de la mer – 13200 Arles*

*06.43.21.68.83 - Siret n° 50523174600049*