

# **FORMATION EN SEXOLOGIE CLINIQUE**

## **THERAPIE SEXOFONCTIONNELLE**

### **LA REUNION**

**1<sup>ère</sup> session : 20, 21, 22 et 23 octobre 2009**

#### **BULLETIN D'INSCRIPTION**

Nom :

Prénom :

Occupation(s) professionnelle(s) :

Études et diplômes :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. (bureau) :

Tél. (mobile) :

Adresse mail :

Signature :

Paiement : Auriez-vous l'obligeance de verser un acompte de 50 Euros au moyen d'un chèque émis à l'ordre de l'ASAR et de l'envoyer à l'adresse suivante : ASAR, 2 A rue Caumont, 97410 Saint Pierre.