

# Formulaire d'inscription à l'Atelier d'initiation de Pleine Conscience

## Des samedis 10, 17 et 24 novembre 2018

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Adresse mail : .....

Téléphone : .....

Profession : .....

Comment avez-vous eu connaissance de la pleine conscience ?

.....  
.....

Avez-vous assisté à une réunion découverte animée par Odile Coste ?

- oui                   non

Avez-vous assisté à un programme autour de la méditation de pleine conscience ?

- oui                   non

Si oui, lequel ? Merci d'indiquer

Le nom du programme : .....

L'année : .....

Le lieu ou organisme : .....

Avez-vous une expérience de la méditation de pleine conscience dans un autre contexte?

Si oui, merci de préciser

.....  
.....  
.....

Merci de décrire en quelques mots vos motivations pour assister à cet atelier

.....  
.....

Date : .....

Signature

A retourner par mail à [contact@odc-conseil.fr](mailto:contact@odc-conseil.fr)

## Information et responsabilité

Cette fiche est strictement confidentielle et réservée à Odile Coste. Elle sera détruite après l'atelier.  
Les informations recueillies permettent de garantir le bon déroulement de l'atelier

Je soussigné(e) ....., né(e) le .....,

participant à l'atelier d'initiation à la Pleine conscience animé par Odile Coste, certifiée sur l'honneur être majeur(e) et responsable de mes actes et en assurer les conséquences.

Je prends connaissance du fait que cet atelier, même s'il peut avoir des effets thérapeutiques, ne se substitue en rien à un suivi médical ou psychologique.

Je déclare ne pas présenter une de ces contre-indications somatiques ou psychologiques suivantes :

- Dépression en phase aigüe
- Trouble bipolaire non stabilisé
- Troubles majeurs de l'attention, de la mémoire et du raisonnement
- Séquelles psychologiques d'abus physiques, émotionnels ou sexuels
- Dissociations
- Attaques de panique récurrentes
- Troubles psychotiques (hallucinations, délires)
- Hyperactivité physique incontrôlable (agitation motrice extrême)
- Dépendance à une substance psycho-active (alcool, cannabis...)

Je prends connaissance également que certaines affectons, notamment émotionnelles, peuvent être réactivées durant ce programme et je m'engage à ne pas me retourner contre l'animatrice, Odile Coste, si cela se présente, et à poursuivre un travail personnel avec un professionnel de santé mentale si nécessaire.

Si je poursuis un traitement médicamenteux, c'est sous surveillance médicale et je m'engage formellement à suivre ce traitement durant la durée de l'atelier et à ne pas l'arrêter sans avis médical. Si j'ai une maladie, une affection physique ou psychologique) et/ou un traitement médicamenteux actuellement en cours, je m'engage à informer l'animatrice en les précisant ci-dessous :

- Si vous avez une maladie ou une limitation physique, rendant difficile l'assise, la position debout, la marche ou certains exercices, veuillez les indiquer :  
.....  
.....
- Si vous êtes actuellement en difficulté psychologique, veuillez préciser :  
.....  
.....
- Si au cours des cinq dernières années, vous avez eu des difficultés psychologiques (ex : trouble anxieux, état dépressif), veuillez les décrire :  
.....  
.....
- Si vous prenez une médication en ce moment, veuillez l'indiquer ainsi que la raison de ce traitement :  
.....

Nom et coordonnées de votre médecin généraliste et psychiatre éventuel :  
.....

Fait le .....

Signature

A retourner par mail à [contact@odc-conseil.fr](mailto:contact@odc-conseil.fr)