



Nom - Prénom : -----

Adresse : -----

-----

Mail : -----

Téléphone : -----

**Pour les thérapeutes/praticiens :**

Formations suivies dans le bien-être :-----

Êtes vous praticien certifié ? : oui  non

Dans quel domaine ? :-----

En activité déclarée ? si oui sous quel statut ? \_\_\_\_\_

Votre site internet : \_\_\_\_\_

j'accepte que mes coordonnées en tant que praticien certifié soient mises en ligne sur le site internet de l'association

**Bulletin à retourner accompagné de votre règlement à :**

Association « Les Lucioles du Bien-être »- 76 rue Nationale – 32200 Gimont

Contact : [leslucioles32@gmail.com](mailto:leslucioles32@gmail.com)

Je recevrai en retour ma carte de membre .

En adhérant, j'accepte le règlement intérieur de l'association .

j'accepte de recevoir par mail /courrier /sms les informations relatives aux événements et activités de l'association.

Règlement de 20€ , ou [pro] 25€ ou demi-tarif si adhésion après 1<sup>er</sup> février 2019.

Fait à :----- Le : -----Signature : -----

Association Loi 1901 – n° W321003078 – déclarée en préfecture du Gers