ATELIER MASSAGE BEBE

Prénom et nom ………………………………………………………………………………………………………………………………….......................

Prénom du bébé ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email :………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

Séances individuelles 160 €

Séances collectives 145 €

Carte cadeau : nombre de séances

Dates des cours ……………………………..... …………………………………. ………………………………… ……………………………..

Communication ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

CLAUSE DE NON REPRODUCTION

Les documents pédagogiques écrits de cette formation sont la propriété d’Isabelle Leliard. Toute cession à un tiers n’ayant pas suivi la formation est interdite. Toute reproduction de près ou de loin à des fins d’enseignement est interdite sous peine de poursuites judiciaires. Je m’engage par ma signature à respecter cette entente. Signature.

Pause Douce’heure Isabelle Leliard 1 rue des coquelicots 35230 Orgères 0666329352 [pausedouceheure@sfr.fr](mailto:pausedouceheure@sfr.fr)