

BIO-MASSAGE et  
LE COLLÈGE des MÉDECINES DOUCES Inc

**Objet : Demande d'inscription à UN ou des COURS**

**Inscription**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_

Tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Je désire m'inscrire au(x) cours suivant(s) :**

*Inscrire le nom du ou des cours, inscrire l'horaire du ou des cours ainsi que le ou les prix.*

Nom du cours : \_\_\_\_\_

Horaire : \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ + tx

Nom du cours : \_\_\_\_\_

Horaire : \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ + tx

**Je joins un dépôt de 40\$ (par cours) pour réserver ma place au(x) cours.**

**DATES D'INSCRIPTION :** Il n'y a pas de date limite pour les inscriptions, cependant pour maintenir nos standards élevés de qualité d'enseignement le nombre d'étudiants par groupe est limité. Pour vous assurer d'obtenir une place, il est préférable de vous inscrire dès que vous avez choisi le cours que vous désirez. Votre dépôt assure votre place au(x) cours.

**INSCRIPTIONS TARDIVES :** Si vous complétez votre demande d'inscription peu de temps avant le début des cours vous pouvez nous contacter pour vérifier s'il reste des places de disponibles. Ceux qui s'inscrivent peu de temps avant le début des cours seront contactés par téléphone dès la réception de la demande d'inscription et l'inscription sera confirmée immédiatement.

**Je m'engage à être présent au(x) cours que j'ai choisi. Je m'engage à payer la totalité du cours la première journée de la formation.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

147 Boul. Sir Wilfrid Laurier (Rte 116), St-Basile-le-Grand, Qc J3N 1A9

Téléphone : 450.441.2434

[www.bio-massage.ca](http://www.bio-massage.ca) [info@bio-massage.ca](mailto:info@bio-massage.ca)