

MERCI DE BIEN VOULOIR PRENDRE UN MOMENT AVANT DE REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES

1. Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans la vie ?

.....  
.....

2. Qu'est-ce qui vous fait le plus plaisir dans la vie ?

.....  
.....

3. Quels sont vos plus gros soucis ?

.....  
.....

Comment avez-vous eu connaissance de ce programme ?

.....  
.....

Motivations

DONNEZ 3 RAISONS, OBJECTIFS PERSONNELS QUI VOUS INCITENT A SUIVRE LE PROGRAMME DE REDUCTION DU STRESS BASE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

1. ....

.....  
.....

2. ....

.....  
.....

3. ....

Fiche à remettre à F. Jacob, ou lui adresser à son nom à : 13 Av. Frères Tardy – 38500 VOIRON

Fiche d'inscription

CYCLE MBSR 2018 / 2019

Participant(e)

Prénom NOM : .....

Adresse : .....

.....

E-mail : .....

Tél : .....

Confirmation d'inscription

Je confirme mon inscription au Cycle MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), animé par Francine Jacob à Grenoble :

- Cycle 8 (Eté 2018) : du 8 mai au 3 juillet + journée du 3 juin
- Cycle 9 (Automne 2018) : du 18 sept au 13 nov + journée du 14 oct
- Cycle 10 (Hiver 2018/19) : du 15 janvier au 12 mars + journée du 10 février
- Cycle 11 (Printemps 2019) : du 30 avril au 18 juin + journée du 19 mai

par le versement d'un acompte de 100 € (non remboursable) à l'ordre de Francine Jacob, 13 Avenue Léon et Joanny Tardy – 38500 VOIRON  
Chèque n° .....

- pour le tarif de :
- 380 € nets de taxes => Particuliers
  - 480 € (facture, TVA incluse) => TNS
  - 800 € HT (facture, convention, TVA) => Entreprises

La totalité du solde est réglable le premier jour du cycle.

Fait à ..... Le .....

Signature

**QUESTIONNAIRE**  
*Strictement confidentiel*

**1. Quelle est la raison principale qui vous amène à participer au programme de réduction du stress ?**

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

**2. Quelle est votre activité professionnelle ?**

.....

**3. Quelle est votre date de naissance ?**

.....

**4. Quelle est votre situation familiale ?**

Célibataire, marié(e), non marié(e) vivant avec un(e) partenaire, séparé(e), divorcé(e), veuf (ve) ?

**4. Avez-vous des enfants ?** OUI  - NON

Si OUI, combien ? ..... De quel(s) âge(s) ? .....

**Motivations**

**Etat de santé**

**1. Comment dormez-vous ?**

.....  
.....

**2. Fumez-vous ?** OUI  - NON

**3. Combien de boissons caféinées prenez-vous par jour ?** .....

**4. Consommez-vous des drogues ou de l'alcool ?** .....

**Etat de santé (suite et fin)**

**5. Avez-vous des antécédents d'addiction ?** OUI  - NON

Si oui, lesquels ? .....

**2. Prenez-vous des médicaments ?** OUI  - NON

Si oui, lesquels ? .....

**3. Êtes-vous en ce moment en psychothérapie ?** OUI  - NON

**4. Si non, l'avez-vous été ces 3 dernières années ?** OUI  - NON

**5. Durant le dernier mois, avez-vous :**

a) Eu des idées suicidaires ? OUI  - NON

b) Cherché une aide psychiatrique ? OUI  - NON

c) Eu des pensées morbides ? OUI  - NON

d) Eu envie de battre, blesser ou faire du mal à quelqu'un ?

OUI  - NON

e) Eu envie de fracasser ou casser des objets ? OUI  - NON

f) Eu des moments de terreur ou de panique ? OUI  - NON