

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

CYCLES MBSR

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 11 (Printemps 2019) : du 30 avril au 25 juin + journée du 16 juin
- Cycle 12 (Automne 2019) : du 17 septembre au 19 novembre + journée du 9 novembre
- Cycle 13 (Hiver 2020) : du 14 janvier au 17 mars + journée du 15 mars
- Cycle 14 (Printemps 2020) : du 12 mai au 30 juin + journée du 21 juin

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) ?

.....

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 ?

Si oui, en quelles quantités ?

.....

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

Francine JACOB 06 61 55 13 89
francine.jacob@mindfulness-grenoble.fr
www.mindfulness-grenoble.fr