

Formulaire à retourner au :

Centre d'Etude de l'Expression  
Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale  
Centre Hospitalier Sainte-Anne - 100, rue de la Santé - 75014 PARIS  
☎ : 01.45.65 85 41.      [ceebolzan@gmail.com](mailto:ceebolzan@gmail.com)

**B U L L E T I N D ' I N S C R I P T I O N**

Numéro d'existence : 11 75 039 80 75

**NOM et Prénom :**

**Date de Naissance (facultatif):**

**Adresse:**

**Téléphone :**

**e-mail :**

**Profession :**

**Stage financé par :**

**Pour les prises en charge par l'employeur, facture à envoyer à :**

**Quelle est votre formation ? (Scolaire, universitaire)**

**Activité professionnelle actuelle ?**

**C H O I X D U S É M I N A I R E**

- Formation pratique d'Art-thérapie :** Janvier à novembre, *six modules de deux jours*  
*Inscription après entretien*
- Supervision individuelle:** *huit séances de 1h30 :*  
Nom de l'Art thérapeute : .....

**Date et signature**