



## Ahava international

CP 544, Saint-Gabriel-de-Valcartier, Québec, G0A 4S0 Canada

+1 418 849-9096 / info@ahavainternational.com

[www.ahavainternational.com](http://www.ahavainternational.com)

### Formulaire d'inscription Formation en *Harmonisation Énergétique* France 2018-2019

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

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

Ville: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél.: (rés.) \_\_\_\_\_ Tél 2.: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Date de naissance (j-m-a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Modalités d'inscription à la formation :

**Je m'inscris à la formation complète (phases I à III)**

- |   |               |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Paiement 1 : Inscription (non remboursable)</b>   | <b>500€</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Paiement 2 : Harmonisation Énergétique phase I (à l'arrivée à la phase I)<br/>Avril 2018</b>              | <b>900€*</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Paiement 3 : Harmonisation Énergétique phase II (à l'arrivée à la phase II)<br/>Octobre-novembre 2018</b> | <b>1400€*</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Paiement 4 : Harmonisation Énergétique phase III (à l'arrivée à la phase III)<br/>Avril 2019</b>          | <b>785€*</b>  |

**\*Pension et hébergement en sus**

Faire parvenir les documents suivants par courriel à [info@ahavainternational.com](mailto:info@ahavainternational.com)

- ⇒ **Fiche d'inscription**
- ⇒ **Convention de participation**
- ⇒ **Annexe médicale confidentielle**
- ⇒ **L'inscription payable par PayPal (voir [www.ahavainternational.com/formations.php](http://www.ahavainternational.com/formations.php) pour payer en ligne)**

#### **Considérations financières :**

1. Votre inscription sera considérée complète à la réception des documents d'inscription signés et de la réception des arrhes pour le niveau concerné.
2. Le montant versé lors de l'inscription couvre les frais administratifs, le début de l'action vibratoire, les informations et alignements préparatoires et sont non remboursables.
3. Le paiement correspondant à chaque phase est payable à l'arrivée en espèces ou par chèque.
4. Aucun remboursement du paiement en cas de désistement après le début de la formation.

**J'accepte les modalités et conditions d'inscription:** \_\_\_\_\_

(Signature)

**CONVENTION DE PARTICIPATION**  
**Formation en Harmonisation Énergétique**



1. Ahava organise une formation en Harmonisation Énergétique, activité à laquelle le participant reconnaît s'être librement inscrit.
2. Le participant déclare être en bonne santé physique et mentale et avoir rempli l'annexe médicale confidentielle en toute transparence.
3. Le participant reconnaît avoir été informé de la nature et du caractère initiatique de cette activité, notamment du fait qu'il pourrait être amené à vivre une transformation à différents niveaux de son Être et dégage Ahava de toute responsabilité pour tout changement ou remise en question qu'il serait amené à vivre à l'occasion ou à la suite de cette activité.
4. Le participant accepte les modalités et conditions financières décrites dans la fiche d'inscription (en page 1 du présent document).
5. Le participant s'engage à adopter un comportement qui respecte les autres participants, les organisateurs et les assistants.
6. Ahava se réserve le droit d'exclure un participant de la formation et de mettre fin à sa participation si, en raison de son état de santé ou de son comportement, cette mesure est jugée nécessaire pour le meilleur intérêt du participant et/ou du groupe ou si le contrat n'est pas respecté. Aucun remboursement ne sera appliqué.
7. Le participant est conscient que les membres de Ahava ne font pas partie des membres d'un corps médical et ne sont pas des praticiens en santé physique.
8. Ahava ne pourra être tenu responsable d'aucun incident, préjudice ou dommage qui pourrait avoir lieu au cours de la formation et qui ne découlerait pas directement du déroulement de la formation.
9. Le participant assume l'entière responsabilité de tout dommage découlant de sa pratique en soins énergétiques suite à la formation et renonce à toute poursuite face à Ahava international et ses représentants.
10. Le participant accepte que Ahava utilise des photographies sur lesquelles il pourrait apparaître pour des présentations publiques (conférences, salons, etc.) ou à des fins publicitaires. En cas de refus, le participant doit en informer Ahava explicitement par écrit lors de l'inscription.
11. Le participant s'engage à respecter l'horaire des activités. En cas d'absence, les enseignements ne seront pas repris. Selon la portion manquée des enseignements, le diplôme pourrait être retenu jusqu'à une éventuelle mise à niveau ayant lieu lors d'une prochaine formation.
12. Le participant devra s'assurer de recevoir les correspondances concernant la formation Ahava **par courriel** (son adresse, celle d'un ami ou d'un autre participant).
13. Ahava prend les moyens appropriés pour assurer le bon déroulement de la formation et fournit aux participants un encadrement soutenu tout au cours des différentes phases de la formation. Ahava fournira un diplôme par phase de formation complétée.

En mon âme, cœur et conscience, j'accepte les conditions citées ci-haut.

Signé à \_\_\_\_\_ (lieu), ce \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ (date).

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du participant en lettres moulées : \_\_\_\_\_

## ANNEXE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Le participant \_\_\_\_\_ (nom et prénom), en prévision à la formation en Harmonisation Énergétique, fournit à Ahava les informations confidentielles suivantes :

- |  | <b>NON</b>               |
|--|--------------------------|
| • Troubles de santé<br>(De tout ordre) | <input type="checkbox"/> |
| • Allergies graves                     | <input type="checkbox"/> |
| • Intolérances alimentaires            | <input type="checkbox"/> |
| • Médicaments<br>(liste et dosage)     | <input type="checkbox"/> |
| • Restrictions médicales               | <input type="checkbox"/> |

Médecin traitant : Nom : \_\_\_\_\_

No téléphone : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, prévenir : Nom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

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

No de carte d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Numéro de police \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone international \_\_\_\_\_

J'atteste que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes, complètes et vraies. Je m'engage à aviser Ahava international de tout changement dans mon état de santé avant ou pendant l'activité.

Signé à \_\_\_\_\_ (lieu), ce \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)