

COURS DE BASE

Le cours est donné en 10 jours (sous forme de 2 sessions de 3 j. et une session de 2 j. pour la pratique et 2 j. de théorie donnés par le Dr. Denisa Giardini) avec examen pratique et un travail écrit à la fin. Il aboutit à l'obtention du Certificat de Base.

DATES	LIEU DU COURS	ENSEIGNANTE
4-5-6 mai / 8-9-10 juin 18-19 août	Centre DLM-Vodder Chemin des Lys 7 1010 Lausanne	R. Bohlmann 079.445.88.40
Pas de cours cette année	Centro Terapeutico Via peri 18 - Lugano	P. Atorino 091/922.99.22
Pas de cours cette année	UCJG Av. Ste – Clotilde 9 1204 Genève	M. Bürgin Rue Vermont 18 1202 Genève 022.733.51.07
29 janv. / 5-19 février/ 11-25 mars 22 avril / 6-13 mai	Av. Juste Olivier 7 1006 Lausanne	Jelena Diklic 021.312.63.51
20-21-22 sept. /18-19-20 oct. 15-16 novembre	Ch. Brume 2 -1110 Morges Le courrier est à envoyer à Rte du stand 25/1260 Nyon	A. Conus 022/361.52.46 079/565 91 73
23-24-25 mars 20-21-22 avril 2-3 juin	Ecole & Institut Beaurivage Rue du parc 11 - Sion	E. Szilagy 078/767.45.00
24-25 mars / 21-22 avril / 12-13 mai / 23-24 juin	Chemin du Moulinet 2 1070 Puidoux-Chexbres simone.monney@gmail.com	S. Monney-groux 021/946.17.85 076/547 75 52
21-22 sept/ 12-13 octobre 17-18 novembre / 7-8 décembre	Chemin du Moulinet 2 1070 Puidoux-Chexbres simone.monney@gmail.com	S. Monney-groux 021/946.17.85 076/547 75 52

COURS DE BASE RESERVE AUX PRATICIENS DE SANTE

22-23 mars 19-20 avril 24-25 mai 21-22 juin	Espace Compétences Rte de Grandvaux 14 1096 Cully 021/799.92.79 Inscriptions : patricia.gentil@espace- competences.ch	S. Monney-groux Chemin du Moulinet 2 1070 Puidoux-Chexbres 021/946.17.85 076/547 75 52 simone.monney@gmail.com
--	---	---

COURS THÉORIQUE DONNÉ PAR LE DR. DENISA GIARDINI

(obligatoire dans le cours de base)

aurait les **10-11 mars 2012** à La Longeraie à Morges

Inscription auprès de Caroline Brera, secrétaire 021/800 04 80 ou caroline.brera@bluewin.ch

COURS AIDMOV

TALON-REPONSE

A envoyer directement à l'enseignant(e) concerné(e)

NOM :

PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

.....

TELEPHONE :

PROFESSION :

Certificats obtenus :

Cours de base année chez qui

Santé beauté année chez qui

Prévention santé année chez qui

Thérapie année chez qui

Je m'inscris pour le cours :

Date du cours :

Enseignant :

Date et signature :

COURS AIDMOV

TALON-REPONSE

A envoyer directement à l'enseignant(e) concerné(e)

NOM :

PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

.....

TELEPHONE :

PROFESSION :

Certificats obtenus :

Cours de base année chez qui

Santé beauté année chez qui

Prévention santé année chez qui

Thérapie année chez qui

Je m'inscris pour le cours :

Date du cours :

Enseignant :

Date et signature :