

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Toute personne ayant obtenu le certificat de base, et suivit au moins 3 sessions de 2 jours chacune, peut obtenir le Certificat Santé – Beauté, après le passage d'un examen pratique.

DATES	LIEU DU COURS	ENSEIGNANTE
18-19 fév/ 7,16 mars / 19,20,23 mai 6 juin / 27,28,30 octobre / 6 novembre 1,2 décembre	Centre DLM-Vodder Av. 24 Janvier 4 1004 Lausanne	E. Szilagyi 021.646.47.82 079 795 13 90
5-6 mai	Pacific Institut La Chaux - de - Fond	E. Szilagyi
3-4 mars	Sion – Ideal Medilin Chemin Pré-Fleuri 8a	E. Szilagyi
30 janv./4-5 fév. /10-11 mars/ 19 mars/ 28-29 avril / 30 juin /25-26 août / 29-30 sept./ 29 oct./ 10-11 nov./1-2 déc.	Centre DLM-Vodder Chemin des Lys 7 1010 Lausanne	R. Bohlmann 079.445.88.40
10-11 février / 01-02 juin 22-23 juin / 14-15 septembre 30 novembre et 1 ^{er} décembre	Chemin de la 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
4-5 mai 16-17 novembre	Le Chalet 1, rue E-Cuchet- Albaret 1253 Vandoeuvres /GE	A.-M. Bellwald Ch. Relion 15 1245 Col.-Bellerive 022.752.21.39
28-29 janvier/ 3-4 mars / 15-16 juin / 30-31 août 6-7 septembre / 6-7 octobre	Chemin du Moulinet 2 1070 Puidoux-Chexbres simone.monney@gmail.com	S. Monney-groux 021/946.17.85 076/547 75 52
Prendre contact avec Mme Bürgin	UCJG - Av. Ste - Clotilde 1204 Genève	M. Bürgin 022.733.51.07
9, 23 janv. / 16 févr. / 1,15,18 mars / 3,24,31 mai / 8,15,28 juin / 16 juillet/ 3,12 août / 9,20 sept/ 11,21,28 oct / 15,25 novembre / 6,16 décembre	Av. Juste Olivier 7 1006 Lausanne	Jelena Diklic 021.312.63.51
Prendre contact avec Patrizia Atorino	Centro Terapeutico Via peri 18-Lugano	P.Atorino-Lugano 091/922.99.22

Les représentants des professions soignantes et travaillant dans le domaine de la prévention, (esthéticiennes, masseurs avec une expérience pratique suffisante) n'ont pas accès au diplôme de thérapie.

Ils ont néanmoins la possibilité d'obtenir un Certificat Soins Préventifs, après un cycle supplémentaire de cours de perfectionnement, un travail de mémoire, ainsi qu'un examen pratique.

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 :