**MBSR – Questionnaire pour l’inscription au cycle**

*Les informations contenues dans cette fiche sont de nature personnelle, elles permettent de mieux vous accompagner. Soyez assuré(e) de leur stricte confidentialité.*

Ce questionnaire formalise votre souhait d’inscription au cycle MBSR. Il est à retourner par mail - [contact@elenazahariev.com](mailto:contact@elenazahariev.com) - ou à me remettre en mains propres. Les inscriptions sont enregistrées par ordre d’arrivée. Au cas où le stage est complet, vous serez prévenu dès réception de votre inscription. Si le nombre de participants était insuffisant, il est possible que le stage soit reporté ou annulé. Votre inscription sera confirmée par email/sms à réception de ce questionnaire et de votre règlement.Pour tous les détails pratiques, merci de consulter la fiche d’information (téléchargeable à partir du site [www.elenazahariev.com](http://www.elenazahariev.com)).

**Nom et Prénom** :

**Dates du cycle auquel vous souhaitez participer :**

**Téléphone** (mobile de préférence) :

**Email** :

**Adresse postale** :

Comment avez-vous découvert MBSR ?

Qu’est-ce qui vous amène à vous y engager ? Quelles sont vos attentes ?

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous dans votre vie ?

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ?

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus ou quels sont les aspects les plus stressants de votre vie ?

Problèmes physiques qui rendent difficiles les mouvements doux, la marche ou l’assise :

Pratiquez-vous une activité physique ? Laquelle ?

Comment est votre sommeil ?

Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous d’un accompagnement psychothérapeutique ou effectué un autre type de travail d’introspection ?

Êtes-vous actuellement sous traitement médicamenteux ? Lequel ?

Vous est-il arrivé d’avoir des pensées suicidaires ?

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue, médicaments) ?

En cas de suivi psychologique : Je m’engage à informer mon psychiatre ou médecin référent de mon intention de participer à ce programme. Je reconnais par ailleurs qu’il s’agit d’un outil éducatif et préventif ne pouvant se substituer à un accompagnement psychothérapeutique ou à un traitement, que je m’engage à ne pas interrompre, sans avis médical.

Coordonnées de mon psychiatre ou médecin référent, à utiliser uniquement en cas de besoin : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Y-t-il d’autres informations que vous souhaiteriez partager avec moi avant le programme ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Date et Signature** (ou le nom si vous ne pouvez pas signer) |  |