

Je soussigné(e) Madame Stéphanie KHALFA, Représentant légal de l'organisme de formation THERAPIE MOSAIC atteste que :

Madame ANNE BOLLI a suivi l'action de formation « **FORMATION MOSAIC DE REFERENCE_Distanciel** »

qui s'est déroulé du 12/02/2024 au 15/02/2024,
d'une durée totale de **28,00 heures**
à l'adresse suivante : **Distanciel - visio**

Objectif(s) :

- Acquérir les bases neurophysiologique et psychologique de la thérapie MOSAIC
- Apprendre le protocole de référence

Sans préjudice des délais imposés par les règles fiscales, comptables ou commerciales, je m'engage à conserver l'ensemble des pièces justificatives qui ont permis d'établir le présent certificat pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de l'année du dernier paiement. En cas de cofinancement des fonds européens la durée de conservation est étendue conformément aux obligations conventionnelles spécifiques.

Fait en double exemplaire,

À Alleins, le 17/02/2024

Stéphanie KHALFA,
Pour Thérapie MOSAIC

