CERTIFICAT DE REALISATION

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 « **MOSAIC Transpersonnel »**
qui s'est déroulé du 21/06/2024 au 23/06/2024,
d'une durée totale de **21,00 heures**
à l'adresse suivante : **LA FONTAINE DES LYS 405 Chemin du Cardinal 26220 COMPS**

Objectif(s) :
- Comprendre les bases neurophysiologiques des expériences modifiées de consciences, états non duels, états sans égo, conscience, vacuité
- Faire l'expérience de ces états pour le développement personnel
- Faire l'expérience de ces états pour la pratique thérapeutique

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 25/06/2024

Stéphanie KHALFA,
Pour Thérapie MOSAIC

Thérapie MOSAIC Khalfa
137 Chemin de Belval à Pont de Rhaud
13140 MIRAMAS
904 333 259 R.C.S. Tarascon
SIRET 90433325900029 – code APE 8690F
Déclaration d'activité 93131944813