

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

Madame ESTELLE BUCHS a suivi l'action de formation « **FORMATION MOSAIC DE REFERENCE_Distanciel** »

qui s'est déroulé du 27/11/2023 au 30/11/2023,

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 03/12/2023

Stéphanie KHALFA,
Pour Thérapie MOSAIC

