

CENTRE HOSPITALIER « Dansons, communiquons » Favoriser et développer l'expression corporelle, la découverte de Soi et des autres à travers le mouvement	LA CHARTREUSE 06 et 07 mai 2023
--	--

FORMATEURS

**Dominique LARCHER, danseur, chorégraphe et professeur de danse DE,
Julie GEBEL, musicothérapeute**

Public : Ouvert à tous

Places limitées

A Dijon
(14 heures)

Date limite d'inscription : 17 avril 2023

Tarif : Institution : 360 €, Individuel : 180 €

Lieu de formation : Centre Hospitalier Spécialisé La Chartreuse Dijon

Ce stage s'adresse à tout professionnel, futur professionnel ou particulier désirant développer sa capacité d'expression corporelle. Celle-ci passera en effet par « l'expérimentation du lâcher-prise corporel » permettant une meilleure rencontre de soi, pour une meilleure rencontre entre soi et les autres, donc entre le musicothérapeute et le patient. En effet, cette communication thérapeute/patient nécessite parfois des adaptations physiques avec lesquelles le professionnel n'est pas toujours à l'aise.

L'objectif de ce stage est donc de faire tomber des barrières, notamment pour les « non-danseurs », mais aussi pour les « danseurs » désireux de découvrir ou de renforcer leur pratique, afin de mettre de côté les freins que sont les inhibitions corporelles susceptibles de nuire à la communication avec la personne en soin.

Grâce à un partenariat complice entre l'artiste et l'enseignant chaque « Danseur » trouvera son chemin dans cette aventure poétique collective et structurante. Un chemin dans la vie qui danse. »

.....
Bulletin à retourner à : n° CARIF OREF 202478

Atelier de Musicothérapie de Bourgogne (A.M.B) 12, rue Georges Duhamel - 21600 LONGVIC

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél : Courriel :@.....

Désire m'inscrire au stage « **Dansons, communiquons** » **les 06 au 07 mai 2023**
et joins pour cela un chèque de **85€**, ordre **A.M.B**, le solde sera réglé au moment du stage.

(En cas de désistement: Après la date limite des inscriptions : aucun remboursement)

Je suis pris(e) en charge par mon employeur et joins l'attestation de prise en charge

Date

Signature