Cycle 21 jours Soin multidimensionnel Etoile(s)

Votre nom : Votre Prénom :
Votre date de naissance :

N° de tél :
Pseudo Skype si hors France métropole :

- Quel est le contexte qui vous amène à cette demande Soin Etoile(s) ?

- Avez – vous déjà effectué un travail d'évolution ? Avez – vous déjà eu recours à des soins énergétiques ? Si oui, le(s)quel(s) ? Quels « outils » ? Quels axes travaillés ? Quels bienfaits ?

- Quels sont vos besoins spécifiques actuels ?

- Tout autre élément significatif, important pour vous ?

IMPORTANT : Cette méthode ne remplace pas les médicaments, avec lesquels elle est parfaitement compatible. Elle peut même en diminuer les effets secondaires. Il est important de ne pas arrêter ses traitements par médicament ni même toute consultation ou autre suivi auprès de professionnels de santé.Votre état physique, psychique, vibratoire ainsi que l'environnement dans lequel vous accédez aux séances sont de / et sous votre responsabilité. Là commence votre Souveraineté. Elle n'est attachée à aucune obligation de résultat(s), les bienfaits et évolutions étant propre à chacun