

# CERTIFICAT DE RÉALISATION

Je soussigné(e) **Cyril LE ROY**, représentant légal du dispensateur de formation **IPNOSIA**, enregistré sous le numéro de déclaration d'activité N° **52490485249** atteste que

*Sandy PEDRON*

a bien suivi l'**action de formation** sur la période du **15/01/2026** au **15/01/2026** intitulée :

**Dépasser les troubles du sommeil avec l'hypnose**

pour une durée total de **2 heures** et ayant comme **objectif pédagogique** de:

- Comprendre les mécanismes des dysomnies et insomnies
- Proposer un programme de rééducation au sommeil mêlant Education du patient, Hypnose et Autohypnose

*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 spécifique.*

A **ANGERS** pour l'Organisme de formation **IPNOSIA**, le 26/01/2026,

**Monsieur Cyril LE ROY**

Directeur

