

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

TÉL. MOBILE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

EMAIL :

PROFESSION :

Numéro de SIRET (activité libérale, auto-entrepreneur, etc) :

JE M'INSCRIS À LA FORMATION DE PERFECTIONNEMENT POUR
GESTALT PRATICIENS ET GESTALT THÉRAPEUTES :

Du champ à la situation thérapeutique

FORMATEUR : JEAN-MARIE ROBINE

DATES : 04 / 05 / 06 septembre 2020

LIEU : Paris

TARIF : 540 euros

Je joins 30 % d'arrhes soit 162 Euros à l'ordre de IFFP.

(à renvoyer à I.F.F.P. 231, rue Paul Doumer, 78510 Triel sur Seine)

Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions d'inscriptions figurant dans le programme et signerai le contrat ou la convention de formation professionnelle à titre individuel pour la formation ou le module choisi avant le début de celui-ci (Articles L.6353-2 à 7 et R. 6353-1 du code du travail).

DATE

SIGNATURE