

# BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM :

PRÉNOM :

NÉ(E) LE :

TÉL. FIXE :

TÉL. MOBILE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

COURRIEL :

PROFESSION :

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

COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNUS ?

JE M'INSCRIS À LA FORMATION DE SUPERVISEURS DE GESTALT  
THERAPEUTES :

DATES :

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 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

Je joins 30 % d'arrhes soit :

Euros à l'ordre de IFFP.

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