

**Fiche de présentation et d’inscription**

**Modules de Post-formation**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

MASCULIN [ ]  FEMININ [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
PRÉNOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TÉL. MOBILE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ADRESSE PROFESSIONNELLE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CODE POSTAL : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

VILLE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PAYS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

EMAIL : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PROFESSION ET POSTE ACTUELS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de SIRET (activité libérale, auto-entrepreneur, etc.) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etes-vous en situation de handicap ? Oui [ ]  Non [ ]
Si oui, lequel ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Au niveau de votre santé, avez-vous besoin de nous communiquer une information particulière ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En cas d’urgence, personne à contacter : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **NIVEAU D’ETUDES**

Baccalauréat +1 [ ]  +2 [ ]  +3 [ ]  +4 [ ]  +5 [ ]  + Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **ETUDE(S) POURSUIVIE(S)**

Médicales [ ]  Sociales [ ]  Psychologiques [ ]  Sciences humaines [ ]  Commerciales [ ]  Scientifiques et techniques [ ]  Juridiques [ ]  Autre(s) [ ]

* **COMMENT AVEZ-VOUS CONNU GESTALT-IFFP ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **DANS QUELLE ECOLE DE GESTALT THERAPIE OU DE PSYCHOTHERAPIE AVEZ-VOUS SUIVI VOTRE FORMATION DE GESTALT-PRATICIEN / GESTALT-THERAPEUTE / PRATICIEN DE LA PSYCHOTHERAPIE**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En quelle(s) année(s) ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Merci de joindre une copie de votre certificat de Gestalt-praticien / Gestalt-thérapeute ou autre certificat**

* **ETES-VOUS FORMATEUR DANS L’ECOLE QUI VOUS A FORMEE A LE GESTALT THERAPIE ?**

Non [ ]  Oui [ ]

Quel enseignement donnez-vous ?Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **SUPERVISION DE LA PRATIQUE**

Avez-vous été en supervision ? NON [ ]  OUI [ ]

Etes-vous actuellement en supervision ?

[ ]  NON je ne suis plus en supervision

[ ]  OUI je suis en supervision : [ ]  en groupe [ ] en individuel

Nom du / des superviseurs (qualifications)*:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**INSCRIPTION**

[ ]  **JE M’INSCRIS À LA FORMATION DE PERFECTIONNEMENT POUR GESTALT PRATICIENS ET GESTALT THÉRAPEUTES :**

**TITRE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**FORMATEUR :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DATE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**TARIF:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Euros TTC (tarif à titre individuel sans prise en charge)**

Je règle 30% d’arrhes,

MONTANT : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**euros** TTC

* *par virement* : IBAN : FR76 3000 4025 8700 0105 7462 233 (BIC : BNPAFRPPXXX)
* ou *par chèque* à l’ordre de IFFP à renvoyer à I.F.F.P. 231, rue Paul Doumer, 78510 Triel sur Seine).

**DATE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

GESTALT-IFFP a une politique de gestion des données (<https://gestalt-iffp.fr/politique-de-gestion-des-donnees/>)

**Merci de nous retourner**

* ce document à l’adresse gestaltiffp@gmail.com
* une photo de vous
* votre certificat de Gestalt Praticien / Gestalt Thérapeute ou autre certificat