BULLETIN D’INSCRIPTION

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

TÉL. FIXE : TÉL. MOBILE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

COURRIEL :

PROFESSION :

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

JE M’INSCRIS À LA FORMATION DE SPECIALISATION: APPROCHE GESTALTISTE DES THERAPIES D’ENFANTS ET D’ADOLESCENTS

Dates : 9/10/11 Février 2026 – 16/17/18 mars 2026 – 27/28/29 avril 2026 – 28/29/30 mai 2026 (12 jours)

FORMATEUR : Josiane Obringer et Annabel Callin

MONTANT DE LA POST-FORMATION : 2460 €

ARRHES 30%: 738 €

*par virement* : IBAN : FR76 3000 4025 8700 0105 7462 233 (BIC : BNPAFRPPXXX)

L’inscription sera validée une fois les arrhes versés.

Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions d’inscriptions fi- gurant 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

17