

# BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

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 / POST-FORMATION POUR  
GESTALT PRATICIEN ET GESTALT THÉRAPEUTES :

*L'ABSENCE EST UN PONT ENTRE NOUS*

*(Perspective des expériences dépressives en Gestalt-Thérapie)*

FORMATEUR : GIANNI FRANCESETTI

DATES : 27-29 Janvier 2017

LIEU : Paris

TARIF : 570 euros

Je joins 30 % d'arrhes soit 171 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