

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 LONGUE DE GESTALT THÉRAPIE :

1er CYCLE ANNÉE :

2ème CYCLE ANNÉE :

3ème CYCLE ANNÉE :

4ème CYCLE ANNÉE :

JE M'INSCRIS À LA FORMATION SPÉCIFIQUE PONCTUELLE :

MODULE :

DATE :

FORMATEUR :

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)

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