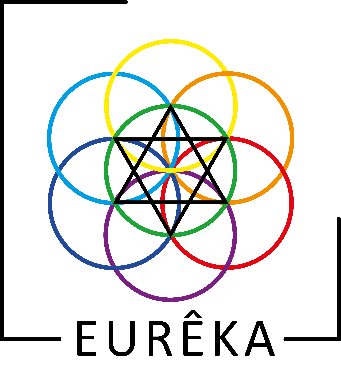
**BULLETIN D’INSCRIPTION**

🞎 Niveau 1

🞎 Niveau 2

🞎 Réflexologie Plantaire

🞎 Auriculothérapie

🞎 Technicien

Module 1 🞎

Module 2 🞎

🞎 Praticien

🞎 Maître-Praticien

**FORMATION :………..…………………………………………………..**

**Dates : Du ………Au…………..… 2022**

**Date Examen : …………………… 2022**

*Mettez une croix dans l’élément choisi*

*Cette fiche reste confidentielle*

|  |  |
| --- | --- |
| **STAGIAIRE** : NOM - Prénom |  |
| Date et lieu de Naissance |  |
| Adresse |  |
| Adresse mail |  |
| N° Mobile |  |
| Etes-vous inscrit à Pôle Emploi  Si oui n° identifiant  Etes-vous salarié ?  Etes-vous un indépendant ?  Statut ? | Oui 🞎 Non 🞎  ……………………………………  Oui 🞎 Nom de l’entreprise :……………………………………….. Non 🞎  Oui 🞎 Si oui : Non 🞎 Retraité 🞎  Profession libérale 🞎 Artisan 🞎 Commerçant 🞎 Fonctionnaire 🞎 Autres 🞎 |
| Personne à contacter en cas d’urgence  Nom/Prénom / N° Téléphone  Lien de parenté : |  |
| Avez-vous des observations à transmettre concernant votre santé (maladie, symptôme, handicap …) | Opération (cœur …) …………………….🞎 Maladie grave (Lupus, cancer….) 🞎  Handicap physique/mental 🞎 Symptômes 🞎  Allergie ………………. 🞎 Grossesse 🞎  Dépression/Burn Out 🞎 |
| Avez-vous déjà une connaissance dans la formation choisie ? | Oui (j’ai une connaissance (lecture, vidéo,…mais ne suis pas formé) 🞎  Oui (je suis formé, *merci de présenter une copie de l’attestation/diplôme*) Non 🞎 |
| Quelles sont vos motivations pour suivre cette formation ? | Une reconversion professionnelle 🞎 Créer mon entreprise 🞎  Etre salarié dans une entreprise 🞎 Acquérir d’autres compétences 🞎 Augmenter mes revenus 🞎 Epanouissement personnel 🞎  Approfondir ses acquis 🞎 Développer un relationnel 🞎  Pratiquer sur mes parents/amis 🞎 C’est à la mode 🞎  Avoir une attestation/diplôme supplémentaire 🞎 Autres 🞎 |
| Quelles attentes, en avez-vous ? | Répondre à un besoin professionnel 🞎 Répondre à un besoin personnel 🞎 Apprendre de nouvelles techniques 🞎 Améliorer sa capacité d’adaptation 🞎  Satisfaire une curiosité 🞎 Ressortir grandi et plus compétent 🞎  Mettre en pratique immédiatement 🞎 Une bonne pédagogie/groupe 🞎  Un temps d’échange/partage 🞎 Ludique, efficace, courte 🞎  Développer un réseau 🞎 |
| Avez-vous un projet en lien avec cette formation ? | Oui 🞎 Si oui : Non 🞎  Création d’entreprise individuelle 🞎 Intégrer une équipe de travail (kinésithérapeute, ostéopathe, médecin, infirmier…) 🞎  Changer de métier 🞎 Augmenter mes revenus 🞎 Se spécialiser dans une activité précise 🞎 Elargir mon réseau professionnel 🞎 Autres 🞎 |
| Cette formation est financée par : | Vous-même 🞎 CPF 🞎 Entreprise 🞎 Conseil départemental 🞎  Pôle Emploi 🞎 Conseil Régional 🞎 AIF 🞎 Autres 🞎 |
| Coût de la formation | Personnel ……………,00€ Comptant 🞎 Nombre de fois : 2 🞎 3 🞎 4 🞎 |
| Moyen de paiement personnel utilisé | Espèce 🞎 Chèque 🞎 CB 🞎 CPF 🞎 Virement 🞎 |
|  |  |
| **ENTREPRISE COMMANDITAIRE** |  |
| Raison sociale |  |
| Adresse/ Téléphone |  |
| SIRET et Code NAF |  |
| Nom-Prénom du Responsable de l’inscription |  |
| Email du Responsable de l’inscription |  |
|  |  |
| **FACTURATION** | Accord de prise en charge doit être remis avant le 1er jour de la formation |
| Nom et Adresse de l’organisme financeur |  |
| Référence à rappeler sur la facture |  |
| Adresse |  |
| SIRET/NAF |  |
| Coût de la formation | Entreprise/Autres …………..,00€ |
| Moyen de paiement professionnel utilisé | Chèque 🞎 CPF 🞎 Virement 🞎 |

*A retourner par mail*

🞎 Je certifie avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et en avoir pris connaissance

Fait le …………………… à :……………………………….

Signature du Stagiaire précédée de la mention manuscrite Cachet et Signature de l’Organisme financeur

« lu et approuvé »