



# BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION : .....

Dates : Du..... Au ..... 2023

Dates : Du..... Au ..... 2023

- Niveau 1
- Niveau 2
- Technicien
  - Module 1
  - Module 2
- Praticien
- Maître-Praticien

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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom de l'entreprise : ..... Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui : Non <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
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 ...) ..... <input type="checkbox"/> Maladie grave (Lupus, cancer....) <input type="checkbox"/> Handicap physique/mental <input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Allergie ..... <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Dépression/Burn Out <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà une connaissance dans la formation choisie ?	Oui (j'ai une connaissance (lecture, vidéo,...mais ne suis pas formé) <input type="checkbox"/> Oui (je suis formé, merci de présenter une copie de l'attestation/diplôme) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Quelles sont vos motivations pour suivre cette formation ?	Une reconversion professionnelle <input type="checkbox"/> Créer mon entreprise <input type="checkbox"/> Etre salarié dans une entreprise <input type="checkbox"/> Acquérir d'autres compétences <input type="checkbox"/> Augmenter mes revenus <input type="checkbox"/> Epanouissement personnel <input type="checkbox"/> Approfondir ses acquis <input type="checkbox"/> Développer un relationnel <input type="checkbox"/> Pratiquer sur mes parents/amis <input type="checkbox"/> C'est à la mode <input type="checkbox"/> Avoir une attestation/diplôme supplémentaire <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
Quelles attentes, en avez-vous ?	Répondre à un besoin professionnel <input type="checkbox"/> Répondre à un besoin personnel <input type="checkbox"/> Apprendre de nouvelles techniques <input type="checkbox"/> Améliorer sa capacité d'adaptation <input type="checkbox"/> Satisfaire une curiosité <input type="checkbox"/> Ressortir grandi et plus compétent <input type="checkbox"/> Mettre en pratique immédiatement <input type="checkbox"/> Une bonne pédagogie/groupe <input type="checkbox"/> Un temps d'échange/partage <input type="checkbox"/> Ludique, efficace, courte <input type="checkbox"/> Développer un réseau <input type="checkbox"/>
Avez-vous un projet en lien avec cette formation ?	Oui <input type="checkbox"/> Si oui : Non <input type="checkbox"/> Création d'entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Intégrer une équipe de travail (kinésithérapeute, ostéopathe, médecin, infirmier...) <input type="checkbox"/> Changer de métier <input type="checkbox"/> Augmenter mes revenus <input type="checkbox"/> Se spécialiser dans une activité précise <input type="checkbox"/> Elargir mon réseau professionnel <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
Cette formation est financée par :	Vous-même <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> Conseil départemental <input type="checkbox"/> Pôle Emploi <input type="checkbox"/> Conseil Régional <input type="checkbox"/> AIF <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
Coût de la formation	Personnel .....00€ Comptant <input type="checkbox"/> Nombre de fois : 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Moyen de paiement personnel utilisé	Espèce <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/>

<b>ENTREPRISE COMMANDITAIRE</b>	
Raison sociale	
Adresse/ Téléphone	
SIRET et Code NAF	
Nom-Prénom du Responsable de l'inscription	
Email du Responsable de l'inscription	

<b>FACTURATION</b>	Accord de prise en charge doit être remis avant le 1 <sup>er</sup> 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 <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/>

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  
« lu et approuvé »

Cachet et Signature de l'Organisme financeur

# EURÊKA