

Bulletin d'inscription aux formations de l'Organisme de Formation « Psycho-Parent-Alp »

Emmanuelle MIR

A REMPLIR ET RENVOYER :

-Par courrier : Emmanuelle MIR, « Organisme de formation Psycho Parent Alp », 133 rue des écoles, 05230 LA BATIE NEUVE.

OU

-Par mail à emmanuellemir.psy@gmail.com

INFORMATIONS SUR LE STAGIAIRE	
NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	
FONCTION :	
ENTREPRISE (Si inscription dans le cadre professionnel)	
NUMERO DE SIRET ((Si inscription dans le cadre professionnel) :	
ADRESSE : - -	
CODE POSTAL :	VILLE :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
ADRESSE E-MAIL PERSONNELLE :	
INFORMATIONS SUR LA FORMATION	
TITRE DE LA FORMATION :	
DATE DE LA FORMATION : / /	
DURÉE DE LA FORMATION : JOURS	
LIEU DE LA FORMATION :	
SI STAGIAIRES SUPPLEMENTAIRES (dans le cadre d'inscription entreprise)	
1	NOM : PRENOM : ADRESSE : MAIL :
2	NOM : PRENOM : ADRESSE : MAIL :

MODALITÉS D'INSCRIPTION

- **LES FRAIS DE FORMATION S'ÉLÈVENT À :**

PRIX DE LA FORMATION EUROS X (NOMBRE DE PARTICIPANTS)

PRIX TOTAL = EUROS

- LE REGLEMENT SERA A EFFECTUER APRES RECEPTION DE NOTRE DEVIS POUR VALIDER L'INSCRIPTION

CONDITIONS D'ANNULATION

EN CAS D'ANNULATION, MERCI DE PRÉVENIR L'ORGANISME AU MOINS 24 HEURES À L'AVANCE. LES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT SONT LES SUIVANTES :

- **REMBOURSEMENT DE 50 % SI L'ANNULATION EST FAITE AU MOINS DE 14 JOURS AVANT LE DÉBUT DE LA FORMATION.**

- **REMBOURSEMENT DE 30% SI L'ANNULATION EST FAIT ENTRE 14 ET 7 JOURS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION**

CONSENTEMENT

JE SOUSSIGNÉ(E), CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS SONT EXACTES ET J'ACCEPTE LES CONDITIONS D'INSCRIPTION.

DATE: / / A.....

DATE: / / A.....

SIGNATURE :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

POUR TOUTE QUESTION, MERCI DE NOUS CONTACTER :

TÉLÉPHONE : 06 50 57 60 15

E-MAIL : emmanuellemir.psy@gmail.com

Les informations concernant la formation (objectifs, contenu pédagogique, règlement intérieur, horaires vous seront envoyés à l'inscription définitive, soit après le règlement de la formation. Documents pédagogiques remis lors de l'accueil le jour de la formation.

FEUILLE SI STAGIAIRE SUPPLEMENTAIRES

3	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
4	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
5	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
6	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
7	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
8	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
9	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
10	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
11	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :
12	NOM : ADRESSE : MAIL :	PRENOM :