

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : PRENOM.....

ADRESSE PERSONNELLE :

MAIL : TEL :

PROFESSION ET LIEU D'EXERCICE :

STRUCTURE :

ADRESSE :

TEL :MAIL :

FORMATION SOUHAITEE :

INTITULE :

DATES :

ORGANISME FINANCEUR DE LA FORMATION :

.....

PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE : OUI NON

DATE : SIGNATURE PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »

(cachet de l'entreprise s'il y a lieu)

30% d'arrhes par chèque sont demandées à l'inscription afin que celle-ci soit effective. En cas d'annulation moins de 15 jours avant le début de la formation, l'Association SOLIENKA facture la totalité du coût à l'Institution ou au stagiaire. Toute formation commencée est due.

Nous réservons le droit d'annuler ou de reporter une formation faute de participants.

Bulletin d'inscription et chèque d'acompte de 30% à renvoyer par courrier à ...

ASSOCIATION SOLIENKA

PRATIQUE ET RECHERCHE POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA THERAPIE

15, rue Jules Verne - 93100 MONTREUIL

Responsable de la formation : Mme Sylvie ROMAO Tel : 06 38 35 18 60 mail : sylvie.romao@solienka.fr

www.solienka.com

Siret : 51760380900040- N° Déclaration d'Activités de Formation : 11930734193

*Cette fiche nous permet de mieux vous connaître et de cerner vos attentes.
Nous vous remercions pour votre participation.*

DIPLÔMES(S) :

NIVEAU DE FORMATION :

PRINCIPALES EXPÉRIENCES ET CHAMPS D'INTERVENTION :

.....

.....

CENTRES D'INTÉRÊT :

.....

QUEL(S) SONT LE(S) BUT(S) DE VOTRE DÉMARCHE POUR CETTE FORMATION ?

Classez vos réponses par ordre de priorité (1, 2, 3...).

| | |
|--|--|
| | Satisfaire un intérêt personnel |
| | Acquérir de nouvelles compétences |
| | Echanger avec d'autres professionnels |
| | Evaluer sa pratique professionnelle |
| | Changer de fonction et/ou de lieu d'exercice |
| | Autre : |

QUELLES SONT VOS ATTENTES POUR CETTE FORMATION ?

.....

.....

COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE CETTE FORMATION ?

.....

.....

QUELLE EST LA DERNIÈRE FORMATION QUE VOUS AVEZ EFFECTUÉE ? (Intitulé et date)

.....

.....