Fiche de renseignements préalable à l'inscription*, à retourner à

TMG Concept, 63 boulevard Berthelot 63000 CLERMONT-FERRAND

Tel : 09 -83-05-14-33 Courriel : info.sppconcept@gmail.com

(A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES)

☐ Somato-psychopédagogie - Niveau 1 ☐ Clermont-Ferrand

☐ Somato-psychopédagogie- Niveau 3 ☐ Paris

☐ Animateur en gymnastique sensorielle ☐ Paris

IDENTIFICATION ET COORDONNEES DU STAGIAIRE

NOM…… PRENOM ……

TÉLÉPHONE…… TÉLÉPHONE PORTABLE……

E-MAIL (OBLIGATOIRE) ……

ADRESSE ……..

CODE POSTAL VILLE ……

PROFESSION EXERCEE ……

- **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN QUALITE DE PROFESSION LIBERALE ? ……..**

SI OUI : ADRESSE PROFESSIONELLE……..

CODE POSTAL VILLE ……

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN QUALITE DE SALARIE(E) D'UNE ENTREPRISE ? ……**

SI OUI : NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR……

NOM, PRENOM ET FONCTION DU SIGNATAIRE ……..

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT……

CODE POSTAL VILLE ……

TÉLÉPHONE……

E-MAIL (OBLIGATOIRE) ……

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

L'ETABLISSEMENT DEMANDE T-IL UNE PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR (OPCA) ? ……..

OUI, LEQUEL ? ……

(une copie de l'accord de prise en charge devra être fourni à TMG concept avant le début de la formation)

- COMMENT AVEZ-EU CONNAISSANCE DE LA FORMATION ?

FACEBOOK ☐ SITE ☐ PUBLICITE ☐ COLLEGUE ☐ AUTRE ☐

(*) Les informations demandées sur cette fiche, sauf avis contraire de votre part, feront objet d'un traitement informatisé, exclusivement réservé aux services de TMG Concept. Conformément à la loi n° 78 – 17 du 6 janvier 1978, dite "informatique et libertés" vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Date …….
Cachet et signature