

**Choix des dates de formation**

**Instructeur en méditation de pleine conscience, le Cycle de Spécialisation - 11 jours**

**Etape 1** : choisissez la date *Méditation, outils pratiques et expérientiels, niveau 1 / 3 jours*

- 6-7-8 mars 2024     30-31 mai-1 juin 2024     7-8-9 octobre 2024

**Etape 2** : choisissez la date *Méditation, instruction protocole de groupe, niveau 2 / 3 jours*

- 27-28-29 juin 2024     21-22-23 novembre 2024

**Etape 3** : choisissez la date *Méditation, approfondissement et supervision, niveau 3 / 2 jours*

- 16-17 décembre 2024

**Etape 4** : choisissez la date *Méditation Enfant Adolescent / 3 jours*

- 18-19-20 novembre 2024

**Evaluation des besoins**

Cette formation est faite :     A la demande du participant     A la demande de l'employeur

Quels sont les attentes vis-à-vis de cette formation ?

- Acquérir de nouveaux outils dans le cadre de la profession
- Renforcer les outils et l'expertise dans le cadre de la profession
- Acquérir de nouveaux outils dans le cadre d'une reconversion ou d'un nouveau projet
- Acquérir de nouveaux outils à titre personnel (ex: *gestion stress pro.*)
- Développer le réseau professionnel
- Echanger sur le partage de l'expérience avec les confrères
- Autre (précisez):.....

**État civil du stagiaire**

Madame     Monsieur

Prénom(s) : ..... Nom : .....

Profession (obligatoire) : .....

Mail du stagiaire \*(obligatoire) : .....

• *Information obligatoire pour accéder aux supports pédagogiques en ligne et/ou au visio-live*

Téléphone du stagiaire (obligatoire) : .....

En cas de situation de handicap, SYMBIOFI recommande au participant de signaler, dès son inscription, la nature de son handicap ainsi que ses besoins spécifiques, afin de l'accueillir dans des conditions optimales :

**Financement**

Le financement de cette formation est :     A titre personnel     Par une institution

Par un OPCO : (précisez) .....     Par Pôle Emploi

Raison sociale : .....

N° et Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Siret : .....

Nom, Prénom du responsable : .....

Mail du responsable : .....

Téléphone : .....

## Choix de la formule financière de formation

### Professions libérales / Individuels / Entreprises, Associations < 10 salariés

Formule	Formation € Net de taxe	Déjeuner* € Net de taxe	SymbioCenter** € TTC (TVA 20%)	Total € TTC
Formation seule	1990 €			<input type="checkbox"/> 1990 €
	1990 €	330 €		<input type="checkbox"/> 2320 €
Pack Formation + SymbioCenter	1990 €		490 €	<input type="checkbox"/> 2480 €
	1990 €	330 €	490 €	<input type="checkbox"/> 2810 €

### Entreprises, Associations > 10 salariés / Institutions

Formule	Formation € Net de taxe	Déjeuner* € Net de taxe	SymbioCenter** € TTC (TVA 20%)	Total € TTC
Formation seule	2590 €			<input type="checkbox"/> 2590 €
	2590 €	330 €		<input type="checkbox"/> 2920 €
Pack Formation + SymbioCenter	2590 €		990 €	<input type="checkbox"/> 3580 €
	2590 €	330 €	990 €	<input type="checkbox"/> 3910 €

\* Plateaux repas : 30 € TTC / jour / plateau

\*\* Plateforme web d'e-psychothérapie : [www.symbiocenter.com](http://www.symbiocenter.com)

abonnement 12 mois à toutes les ressources + nombre défini d'accès distanciels patients

TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis

Chèque(s) à l'ordre de Symbiofi

Virement bancaire

Code banque : 30027 Code guichet : 17012 Clé : 90 N° de compte : 00020173601  
BIC : CMCIFRPP Compte IBAN : FR76 3002 7170 1200 0201 7360 190

Nom et prénom du stagiaire :

Je soussigné(e)

avoir pris connaissance des prérequis du / des module(s) et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

Fait à :

Le :

Nom et prénom du signataire:

Cachet, signature et bon pour accord:

Dossier d'inscription