

Module de formation et choix des dates

Formation ACT (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement), le Cycle de Spécialisation

Nombre de jours :

Nombre d'heures :

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1

Je choisis ma date et mon
et mon mode de participation

Présentiel (Lille)

Début fin

☐ 08/06/26 10/06/26

- -

Distanciel (Visio-live)

Début fin

☐ 08/06/26 07/06/26

☐ 19/10/26 21/10/26

- -

Nombre de jours :

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2

Choix de la date

☐ début fin
☐ 02/11/26 04/11/26

☐ début fin
☐ - -

☐ début fin
☐ - -

Mode de participation

☐ Présentiel (Lille)

☐ Distanciel (Visio-live)

Nombre de jours :

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 3

Choix de la date

☐ début fin
☐ 16/12/26 17/12/26

☐ début fin
☐ - -

☐ début fin
☐ - -

Mode de participation

☐ X

☐ Distanciel (Visio-live)

Nombre de jours :

Evaluation des besoins

Cette formation est faite :

☐ A la demande du participant

☐ A la demande de l'employeur

Quelles sont les attentes vis-à-vis de cette formation ? (plusieurs choix possibles)

☐ 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 :

Nom :

Profession (obligatoire) :

Mail du stagiaire (obligatoire) :

Téléphone du stagiaire (obligatoire) :

En cas de situation de handicap, SYMBIOFI recommande au stagiaire d'indiquer, dès son inscription, la nature de son handicap ainsi que ses besoins spécifiques, afin de lui garantir un accueil optimal :

Financement

Le financement de cette formation est :

☐ à titre personnel

☐ par un OPCO (Précisez) :

☐ par France Travail

☐ par une institution / structure (Précisez ci-dessous) :

Raison sociale :

N° et Rue :

Code postal :

Ville :

Siret :

Nom, Prénom du responsable :

Téléphone :

Professions libérales, individuels, structures < 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
Je sélectionne ma formule tarifaire				Nombre de jours présentiel: 8	
<input type="checkbox"/>	Total jours : 8	1 740,00 €			1 740,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	1 740,00 €	240,00 €		1 980,00 €
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter**	1 740,00 €		118,00 €	1 858,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	1 740,00 €	240,00 €	118,00 €	2 098,00 €

Structures > 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
Je sélectionne ma formule tarifaire				Nombre de jours présentiel: 8	
<input type="checkbox"/>	Total jours : 8	2 576,00 €			2 576,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	2 576,00 €	240,00 €		2 816,00 €
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter**	2 576,00 €		588,00 €	3 164,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	2 576,00 €	240,00 €	588,00 €	3 404,00 €

* Plateaux repas : **30 € TTC / jour / plateau**
** Plateforme professionnelle d'e-thérapie : **Licence 1 an**
www.symbiocenter.com

TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis

Moyen de paiement

- ☐ Chèque 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.

(Nom de la ville)

A :

(Date)

Le :

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :