

**Choix des dates de formation**

**Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), le Cycle de Spécialisation - 9 jours**

**Etape 1 : ACT, niveau 1 : la matrice / 3 j**

30 sept-1-2 oct. 2024

17-18-19 mars 2025

13-14-15 oct. 2025

en présentiel  en visio-live

**Etape 2 : ACT, niveau 2 : approfondissements / 2 j**

3-4 octobre 2024

16-17 octobre 2025

en présentiel  en visio-live

**Etape 3 : ACT, niveau 3 : supervision / 2 j = 4 après-midi**

16-17-18-19 déc. 2024

16-17-18-19 déc. 2025

/  en visio-live

**Etape 4 : ACT Enfants Ados Parents (famille) / 2 j**

20-21 mars 2025

2026

en présentiel  en visio-live

**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

**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	1790 €			<input type="checkbox"/> 1790 €
	1790 €	210 €		<input type="checkbox"/> 2000 €
Pack Formation + SymbioCenter	1790 €		490 €	<input type="checkbox"/> 2280 €
	1790 €	210 €	490 €	<input type="checkbox"/> 2490 €

### Entreprises, Associations > 10 salariés / Institutions

Formule	Formation € Net de taxe	Déjeuner* € Net de taxe	SymbioCenter** € TTC (TVA 20%)	Total € TTC
Formation seule	2390 €			<input type="checkbox"/> 2390 €
	2390 €	210 €		<input type="checkbox"/> 2600 €
Pack Formation + SymbioCenter	2390 €		990 €	<input type="checkbox"/> 3380 €
	2390 €	210 €	990 €	<input type="checkbox"/> 3590 €

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

\*\* Plateforme web d'e-psycho-santé: [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

### Accès à la formation en visio-live

La formation est également accessible en visio-live via l'utilisation de la plateforme ZOOM  
Symbiofi propose une installation professionnelle : internet fibré, multi-caméras, prise de son d'ambiance, écrans TV adaptés, possibilité de création de sous-salles virtuelles pour les travaux en sous-groupes

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: