

**Choix des dates de formation**

**Praticien en thérapies brèves plurielles**

**Parcours complet – 32 jours**

Certains modules de ce parcours sont ouverts en **format visio-live sous conditions**

**Ville de la formation :** Lille - Parc Eurasanté, site du CHU

**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 :** .....

## Votre choix

- Je choisis le parcours 32 jours**  
*32 jours – 4 modules – 224 heures*

Libéraux / Individuels / Entreprises < 10 salariés

Entreprises de plus de 10 salariés / Institutions

5.120 € net de taxes

6.625 € net de taxes

- Chèque(s) ou justificatif de virement à l'ordre de Symbiofi**

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

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier

Fait à :

Nom du signataire :

Le :

Cachet, Signa. et bon pour accord:

**Dossier d'inscription**