SYMBIOFI
Innovations en psycho-santé
Parc Eurasanté - 30 avenue Pierre Mauroy - 59120 LOOS
tél : 03 28 55 51 19 **courriel :** contact@symbiofi.com
www.symbiofi.com

DOSSIER D'INSCRIPTION

Module de formation et choix des dates

Formation Thérapies cognitives et comportementales (TCC), *le Cycle Fondamental*

Nombre de jours : **10** Nombre d'heures : **70**

TCC, les fondements et l'analyse fonctionnelle Nombre de jours : **2**

		début	fin		début	fin		début	fin
Choix de la date	☐	08/03/27	09/03/27	☐	02/09/27	03/09/27	☐	-	-
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)			☐ Distanciel (Visio-live)					

Stress et émotions en TCCÉ Nombre de jours : **3**

		début	fin		début	fin		début	fin
Choix de la date	☐	20/01/27	22/01/27	☐	09/06/27	11/06/27		08/12/27	10/12/27
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)			☐ Distanciel (Visio-live)					

Restructuration cognitive et psychoéducation en TCCÉ Nombre de jours : **3**

		début	fin		début	fin		début	fin
Choix de la date	☐	27/01/27	29/01/27	☐	05/07/27	07/07/27		-	-
Mode de participation	☐ Distanciel (Visio-live)			☐ Présentiel (Lille)					

Activation comportementale Nombre de jours : **2**

		début	fin		début	fin		début	fin
Choix de la date	☐	21/06/27	22/06/27	☐	-	-		-	-
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)			☐ Distanciel (Visio-live)					

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 :

SYMBIOFI
Innovations en psycho-santé
Parc Eurasanté - 30 avenue Pierre Mauroy - 59120 LOOS
tél : 03 28 55 51 19 **courriel :** contact@symbiofi.com
www.symbiofi.com

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: 10	
☐	Total jours : 10	2 144,00 €			**2 144,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	2 144,00 €	300,00 €		**2 444,00 €**
☐	Pack avec SymbioCenter**	2 144,00 €		118,00 €	**2 262,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	2 144,00 €	300,00 €	118,00 €	**2 562,00 €**

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: 10	
☐	Total jours : 10	3 054,00 €			**3 054,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	3 054,00 €	300,00 €		**3 354,00 €**
☐	Pack avec SymbioCenter**	3 054,00 €		588,00 €	**3 642,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	3 054,00 €	300,00 €	588,00 €	**3 942,00 €**

* ***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) *(Date)*
A : Le :

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :