



Parc Eurasanté - 30 avenue Pierre Mauroy - 59120 LOOS tél: 03 28 55 51 19 courriel: contact@symbiofi.com www.symbiofi.com

Document cliquable Choix des dates de formation Thérapies brèves plurielles, le Cycle de Spécialisation - 9 jours Module 1 : Thérapie systémique brève – 3 jours 8-9-10 octobre **2026** Choix du mode : ☐ en présentiel ☐ en visio-live **Module 2 :** Thérapie stratégique, thérapie orientée solutions – 3 jours 26-27-28 novembre **2026** Choix du mode : ☐ en présentiel ☐ en visio-live Module 3: Thérapie narrative – 3 jours 30 novembre -1er-2 décembre 2026 Choix du mode : ☐ 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 aivil du atagiaira

| Etat civil du st | agiaire | | | | |
|--|--------------|--------|--------|--|------|
| □ Madame | □ Mon | sieur | | | |
| Prénom(s): | | | .Nom : | | |
| Profession (obli | gatoire): | | | | |
| Mail du stagiair | e *(obligato | oire): | | | |
| Information obligation Téléphone du s | | | | | |
| 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 opt | imales : | • | | | |

□ Autre (précisez):

| F | ir | ıa | no | ce | m | eı | J. |
|---|----|----|----|----|---|----|----|
| | | | | | | | |

| 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 <i>€ Net de taxe</i> | Déjeuner* <i>€ Net de taxe</i> | SymbioCenter** € <i>TTC (TVA 20%)</i> | Total € TTC |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------|
| Formation | 1759,50 € | | | □ 1759,50 € |
| seule | 1759,50 € | 270,00€ | | □ 2029,50 € |
| Pack Formation + SymbioCenter | 1759,50 € | | 118,80 € | □ 1878,30 € |
| | 1759,50 € | 270,00€ | 118,80 € | □ 2148,30 € |

Institutions, Entreprises, Associations > 10 salariés

| Formule | Formation <i>€ Net de taxe</i> | Déjeuner* <i>€ Net de taxe</i> | SymbioCenter** <i>€ TTC (TVA 20%)</i> | Total <i>€ TTC</i> |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------|
| Formation | 2524,50 € | | | □ 2524,50 € |
| seule | 2524,50 € | 270,00€ | | □ 2794,50 € |
| Pack Formation + SymbioCenter | 2524,50 € | | 990 € | □ 3514,50 € |
| | 2524,50€ | 270,00€ | 990€ | □ 3784,50 € |

* Plateaux repas : 30 € TTC / jour / plateau

| □ Chèq | ue(s) | à l'ordre (| de Symbio | fi |
|--------|-------|-------------|-----------|----|
|--------|-------|-------------|-----------|----|

□ Virement bancaire

| BIC : CMCIFRPP Compte IBAN : FR76 30 | • |
|--|---------------------------------------|
| Nom et prénom du stagiaire | a: |
| Je soussigné(e) | |
| avoir pris connaissance des prére l'exactitude des renseignements p | |
| Fait à : | Nom et prénom du signataire: |
| | |
| Le: | Cachet, signature et bon pour accord: |
| | |



^{**} Plateforme de ressources en e-thérapie www.symbiocenter.com : Licence 1 an TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis