

Fiche d'inscription

Développement Professionnel Continu 2017



PHOTOGRAPHIE

À compléter en détail et retourner à :

UEFP ISRP

19-25 rue Gallieni • 92100 Boulogne-Billancourt

Tél. : +33 (0)1 58 17 18 58 • uefp@isrp.fr

N° d'ordre de formation continue : 11 750 146 575

N° D'INSCRIPTION :
.....

COORDONNÉES PERSONNELLES (obligatoires)

Nom Prénom

Mail (indispensable pour la correspondance)

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Port.

Profession

Si vous êtes psychomotricien(ne), votre école de formation

Année d'obtention du diplôme d'État

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES (obligatoires)

Nom de l'établissement

Mail N° de SIRET

Responsable formation continue

Adresse administrative de l'établissement

Code Postal Ville

Téléphone Port.

Fax

Adresse du lieu d'exercice

Code Postal Ville

Téléphone Port.

Fax Mail

Je sollicite mon inscription

INDIQUEZ CI-DESSOUS : INTITULÉ(S) + CODE(S) + DATE(S) DE LA (DES) FORMATION(S) CHOISIE(S) + TARIF(S)

INTITULÉ(S)	CODE(S)	DATE(S)	TARIF(S)
Montant total des frais de participation			

À COMPLÉTER EN CAS DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné(e)

Certifie m'inscrire à la (aux) formation(s) mentionnée(s) ci-dessus

Fait à Le Signature

À COMPLÉTER EN CAS DE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e)

Directeur de l'établissement

Certifie que les frais de formation de

seront pris en charge par notre établissement au titre de la formation continue.

Fait à Le Signature

CACHET DE L'EMPLOYEUR

Joindre un chèque d'acompte de 30 % de la somme globale.

En cas de désistement, exception faite des inscriptions conditionnelles, l'acompte reste acquis à l'ISRP.