

Nom : ..... Téléphone : .....

Prénom : ..... Mail : .....

Date de naissance : .....  
.....

Adresse : .....  
.....

CP : ..... Ville : .....  
.....

Année d'obtention du DE  
de psychomotricien : .....

Institut de Formation en  
Psychomotricité : .....

Prise en charge Individuelle

2 848 € TTC

<input type="checkbox"/> Paiement en 1 fois	<input type="checkbox"/> Paiement en 2 fois
<p><b>1 chèque</b> à l'ordre de L'ISRP <b>A remettre lors de l'inscription</b></p> <p>- 2 848 € débité immédiatement</p>	<p><b>2 chèques</b> à l'ordre de L'ISRP <b>A remettre lors de l'inscription</b></p> <p>- 1 424 € débité immédiatement - 1 424 € ébité 4 mois après le 1<sup>er</sup> chèque</p>

Fait à ..... Le .....

Signature

Prise en charge Employeur

5 900 € TTC

Nom Etablissement : ..... Paiement en 3 fois par 3 chèques à l'ordre de l'ISRP

Adresse : .....  
.....  
..... - 1 475 € d'acompte à joindre à l'inscription  
- 2 950 € 4 mois après l'inscription  
- 1 475 € à la fin de la formation

CP : ..... Ville : .....  
.....  
..... **A compléter en cas de prise en charge Employeur**

Nom du responsable de la formation : .....  
.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Certifie que les faits de formation du salarié seront pris en charge par notre établissement.  
Fait à ..... le .....

Cachet et signature