

FICHE D'INSCRIPTION

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

CATALOGUE
DES FORMATIONS
2023

À COMPLÉTER EN DÉTAIL ET RETOURNER À :

ISRP - UEFP, 19-25 rue Gallieni CS 20178
92641 BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX
Tél : + 33 (0)1 58 17 18 58 • uefp@isrp.fr
N° d'ordre de formation continue : 11 750 146 575

COORDONNÉES PERSONNELLES

Nom - Prénom
.....

E-mail (indispensable pour la correspondance)
.....

Adresse
.....

Ville
.....

Code postal
.....

Téléphone / Portable
.....

Profession
.....

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

Année d'obtention du Diplôme d'État
.....

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES (POUR FACTURATION)

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
.....

E-mail
.....

N° de SIRET
.....

Responsable formation continue
.....

ADRESSE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT
.....

Ville
.....

Code postal
.....

Téléphone / Portable
.....

Fax
.....

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE
.....

Ville
.....

Code postal
.....

Téléphone / Portable
.....

Fax
.....

E-mail
.....

FICHE D'INSCRIPTION

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

CATALOGUE
DES FORMATIONS
2023

JE SOLLICITE MON INSCRIPTION

| INTITULÉ(S) | CODES(S) | DATE(S) | TARIF(S) |
|-------------|----------|---------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MONTANT TOTAL DES FRAIS D'INSCRIPTION €

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

CACHET DE L'EMPLOYEUR SIGNATURE

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.

