



**Fiche de renseignements préalable à l'inscription\*, à retourner à**  
**TMG Concept, 63 boulevard Berthelot 63000 CLERMONT-FERRAND**  
**Tel : 09 -83-05-14-33 Courriel : info.sppconcept@gmail.com**  
**(A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Somato-psycho-pédagogie - Niveau 1        | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand |
| <input type="checkbox"/> Spécialisation en Somato-psycho-pédagogie | <input type="checkbox"/> Paris            |

**IDENTIFICATION ET COORDONNEES DU STAGIAIRE**

NOM..... PRENOM .....

TÉLÉPHONE ..... TÉLÉPHONE PORTABLE.....

E-MAIL (OBLIGATOIRE) .....

PROFESSION EXERCEE .....

**LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN QUALITE DE PROFESSION LIBERALE ? .....**

**SI OUI : ADRESSE PROFESSIONELLE.....**

CODE POSTAL VILLE .....

N° SIRET

• **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN QUALITE DE SALARIE(E) D'UNE ENTREPRISE ? .....**

**SI OUI : NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR.....**

NOM, PRENOM ET FONCTION DU SIGNATAIRE .....

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT.....

CODE POSTAL VILLE .....

TÉLÉPHONE.....

E-MAIL (OBLIGATOIRE) .....

N° SIRET

L'ETABLISSEMENT DEMANDE T-IL UNE PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR (OPCA) ? .....

OUI, LEQUEL ? .....

(une copie de l'accord de prise en charge devra être fourni à TMG concept avant le début de la formation)

• **COMMENT AVEZ-VOUS CONNAISSANCE DE LA FORMATION ?**

- FACEBOOK
- SITE
- PUBLICITE
- COLLEGE
- AUTRE

Date :

Signature

(\*) Les informations demandées sur cette fiche sont traitées selon les CGV disponibles sur notre site