



Organisme de formation professionnelle en thérapie manuelle et gestuelle

Fiche de pré-inscription* à retourner à **TMG Concept, 63 boulevard Berthelot 63000 CLERMONT-FD**
ou par mail : info.tmgconcept@gmail.com

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle des Fascias, système musculo-squelettique | <input type="checkbox"/> Paris | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand |
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle des Fascias, région crânio-faciale | <input type="checkbox"/> Paris | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand |
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle des Fascias, système viscéral | <input type="checkbox"/> Paris | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand |
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle des Fascias, système vasculaire | <input type="checkbox"/> Paris | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand |
| <input type="checkbox"/> Techniques fasciales et myofasciales, cycle pour ostéopathes | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | |
| <input type="checkbox"/> Somato-psychopédagogie - Niveau 1 | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | |
| <input type="checkbox"/> Somato-psychopédagogie - Niveau 2 | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | |
| <input type="checkbox"/> Gymnastique sensorielle - fasciasport et santé | <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 TANT QUE PROFESSION INDEPENDANTE?**

ADRESSE PROFESSIONELLE (OU PERSONELLE)
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 DE LA CONVENTION.....
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)

Date : Signature

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

MERCI DE NOUS PRECISEZ COMMENT VOUS AVEZ CONNU LA FORMATION ?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> FACEBOOK | <input type="checkbox"/> COLLEQUE |
| <input type="checkbox"/> SITE | <input type="checkbox"/> AUTRE : PRECISEZ |
| <input type="checkbox"/> PUBLICITE | |