



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 | |

IDENTIFICATION ET COORDONNEES DU STAGIAIRE

NOM PRENOM

TÉLÉPHONE TÉLÉPHONE PORTABLE.....

E-MAIL (OBLIGATOIRE)

PROFESSION EXERCEE

ADRESSE PROF. pour correspondance et facturation (ou personnelle)

CODE POSTAL VILLE

• **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN TANT QUE PROFESSION INDEPENDANTE?**

N° SIRET.

• **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN TANT QUE 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"/> COLLEGE |
| <input type="checkbox"/> SITE | <input type="checkbox"/> AUTRE : PRECISEZ |
| <input type="checkbox"/> PUBLICITE | |