



## Dossier d'inscription - Formation TMG Concept

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre formation.

Afin de valider votre inscription, merci de nous adresser les éléments suivants :

- **la fiche de renseignements ci-dessous, remplie et signée**
- **la copie de votre/vos diplôme(s) professionnel(s)**
- **un CV avec une photo d'identité**
- **une lettre/mail de motivation** (votre connaissance de la méthode, pourquoi entreprendre cette formation, votre projet professionnel en lien avec cette formation...)

Vous pouvez nous retourner ces documents :

- par mail : [info.tmgconcept@gmail.com](mailto:info.tmgconcept@gmail.com)
- ou par courrier : TMG CONCEPT 63 bd Berthelot, 63000 CLERMONT-FERRAND.

Dès réception de ces documents, nous vous confirmerons votre inscription et pourrons ainsi vous adresser votre contrat de formation, le programme détaillé de la formation ainsi que notre règlement intérieur.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Bien cordialement,

L'équipe de TMG Concept



Organisme de formation professionnelle en thérapie manuelle et gestuelle

Cadre réservé à l'administration

**FICHE DE PRE-INSCRIPTION\* LA REUNION**  
à retourner à TMG Concept, par mail : [info.tmgconcept@gmail.com](mailto:info.tmgconcept@gmail.com)  
ou au 63 boulevard Berthelot 63000 CLERMONT-FD

Thérapie manuelle des Fascias, système musculo-squelettique (Niveau 1)

**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 .....

**CADRE DE LA FORMATION**

- **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 précisez comment vous avez connu la formation (Facebook, collègue, internet, publicité, autre ...): .....