



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](mailto: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"/> COLLEAGUE              |
| <input type="checkbox"/> SITE      | <input type="checkbox"/> AUTRE : PRECISEZ ..... |
| <input type="checkbox"/> PUBLICITE |   |