



Organisme de formation professionnelle en thérapie manuelle et gestuelle

Cadre réservé à l'administration

## FICHE DE PRE-INSCRIPTION\*

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-Pulsologie - La réunion- 5 au 8 octobre 2023

#### 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 ...): .....