



Dossier de candidature - Formation TMG Concept

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

Afin d'étudier votre demande de formation, 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 de motivation** (précisant votre motivation à vous engager dans notre formation, votre niveau de connaissance de notre approche et votre projet professionnel en lien avec cette formation...)

Vous pouvez nous retourner ces documents :

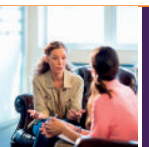
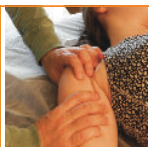
- par mail : info.tmgconcept@gmail.com
- ou par courrier : TMG CONCEPT 63 bd Berthelot, 63000 CLERMONT-FERRAND.

Dès réception de votre dossier de candidature, nous le soumettrons à notre conseil pédagogique pour étude.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et pour vous accompagner au mieux dans votre projet de formation.

Bien cordialement,

L'équipe de TMG Concept



Organisme de formation professionnelle en thérapie manuelle et gestuelle

Cadre réservé à l'administration

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR CANDIDATURE*
à retourner à TMG Concept, par mail : info.tmgconcept@gmail.com
ou au 63 boulevard Berthelot 63000 CLERMONT-FD

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle des Fascias, système musculo-squelettique | <input type="checkbox"/> Paris | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | <input type="checkbox"/> Vannes |
| <input type="checkbox"/> Techniques fasciales et myofasciales, cycle pour ostéopathes | <input type="checkbox"/> Aix en provence | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | |
| <input type="checkbox"/> Somato-psychopédagogie - Niveau 1 | <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

AVEZ-VOUS DES BESOINS SPECIFIQUES POUR VOTRE PARCOURS DE FORMATION (TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE, DEFICIENCES VISUELLE OU AUDITIVE ETC.....) :

CADRE DE 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 préciser comment vous avez connu la formation (Facebook, collègue, internet, publicité, autre ...) :
