

# COLLOQUE

# INTERNATIONAL

# DE PSYCHOMOTRICITÉ

1ER AU 4 JUILLET 2020

## FICHE

## D'INSCRIPTION

### JE M'INSCRIS

**AVANT LE 10 MARS 2020\***: 440 Euros

**APRÈS LE 10 MARS 2020\*\***: 550 Euros

\* Cachet de la poste en cas d'envoi de chèque ou ordre de virement bancaire faisant foi.

\*\* Règlement total ou acompte de 30%. En cas de désistement, exception faite des inscriptions conditionnelles, l'acompte reste acquis à l'ISRP.

### À COMPLÉTER ET RETOURNER À :

ISRP - UEFP,  
Pôle Euro Universitaire de Santé  
19-25 rue Gallieni CS 20178  
92100 BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX  
01 58 17 18 58 • uefp@isrp.fr  
Numéro d'agrément: 11 750 146 575

### COORDONNÉES PERSONNELLES

Nom - Prénom

.....

E-mail (indispensable pour la correspondance)

.....

Adresse

.....

.....

Ville

.....

Code postal

.....

Téléphone / Portable

.....

Profession

.....

Si vous êtes psychomotricien(ne), votre école de formation

.....

Année d'obtention du Diplôme d'État

.....

### COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

.....

E-mail

.....

N° de SIRET

.....

Responsable formation continue

.....

ADRESSE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

.....

Ville

.....

Code postal

.....

Téléphone / Portable

.....

Fax

.....

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE

.....

Ville

.....

Code postal

.....

Téléphone / Portable

.....

Fax

.....

E-mail

.....

JE SOLLICITE MON INSCRIPTION

À COMPLÉTER EN CAS DE PRISE  
EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné(e)

.....

Certifie m'inscrire au «Colloque International de  
Psychomotricité»

Fait à ..... Le .....

SIGNATURE

À COMPLÉTER EN CAS DE PRISE  
EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e)

.....

Directeur de l'établissement

.....

Certifie que les frais du «Colloque International de  
Psychomotricité» seront pris en charge par notre  
établissement au titre de la formation continue

Fait à ..... Le .....

CACHET DE L'EMPLOYEUR

SIGNATURE