

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