

## À COMPLÉTER EN DÉTAIL ET RETOURNER À :

ISRP - UEFP, 19-25 rue Gallieni CS 20178  
92641 BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX  
Tél : + 33 (0)1 58 17 18 58 • uefp@isrp.fr  
N° d'ordre de formation continue : 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 (POUR FACTURATION)

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

INTITULÉ(S)	CODES(S)	DATE(S)	TARIF(S)

MONTANT TOTAL DES FRAIS D'INSCRIPTION ..... €

### À COMPLÉTER EN CAS DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné(e)

Certifie m'inscrire à la (aux) formation(s) mentionnée(s) ci-dessus.

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 de formation de

seront pris en charge par notre établissement au titre de la formation continue.

Fait à ..... Le .....

CACHET DE L'EMPLOYEUR

SIGNATURE

Joindre un chèque d'acompte de 30% de la somme globale.

En cas de désistement, exception faite des inscriptions conditionnelles, l'acompte reste acquis à l'ISRP.