

## Bulletin d'inscription

### Analyse de Pratiques des CCF en Visioconférence

Titre : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : rue : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Mob Profes. : \_\_\_\_\_ Mob. Perso : \_\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

Statut professionnel : Salarié  Libéral  sans activité rémunérée

Profession : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre employeur ou lieu d'activité professionnelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diplômes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'inscrit à la

Nom de la formation : **Analyse de Pratiques des CCF en Groupe**

**Sophie TRESSY**

Lieu : **en visioconférence**

Durée : **7 séances en soirée 19h30-21h30**

Période : **2025**

Dates <sup>1</sup> : **15/01/2025 12/02/2025 12/03/2025**

**et 4 autres dates à déterminer avec le groupe**

<sup>1</sup> La formation pourra être annulée en raison des causes signifiées à l'article 6 de la convention.

La formation sera prise en charge par un organisme ; <sup>2</sup> Son coût sera de : **840 €**

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Nom Interlocuteur \_\_\_\_\_ Tél. interlocuteur \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail de l'interlocuteur : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> L'inscription sera considérée comme définitive après l'accord de la prise en charge et la signature de la convention

La formation sera à ma charge ; <sup>3</sup> Son coût sera de : **560 €**

<sup>3</sup> L'inscription sera considérée définitive après la signature de la convention

Date et signature :