

FORMATION A LA THERAPIE IMO

BULLETIN D'INSCRIPTION A TITRE INDIVIDUEL

Melle Mme M

Nom

Prénom

Titre

Adresse

CP

Ville

Tél. fixe

Tél. portable

Mail

Adresse de facturation si différente

CP

Ville

Tél. fixe

Tél. portable

Mail

Merci de cocher l'adresse que vous souhaitez éventuellement communiquer aux participants de votre session.

*Photo
d'identité
pour une
1^{ère} inscription*

Date limite de dépôt de l'inscription : 2 semaines avant la formation

Souhaite s'inscrire à la :

- Formation à la Thérapie IMO Niveau 1** : les 21 et 22 juin 2012, à Paris (450 € tarif individuel)
- Journée de Formation Continue en IMO** : le 23 juin 2012 (220 € tarif individuel)
- Journée de Thérapie d'IMPACT consacrée à l'Anxiété** : le 24 juin 2012 (220 € tarif individuel)
- Aux 4 journées de formation du 21 au 24 juin 2012** (800 € tarif individuel)

En cas de prise en charge par l'employeur, une convention pourra être établie.

A pris connaissance des conditions générales d'inscription (voir sur le site www.formation-imo.eu)

Date :

Signature :

Je joins à mon bulletin d'inscription :

- Lettre de motivation + CV du participant)
- Photocopie des diplômes et formations suivies par le participant) **pour une 1ère inscription**
- Photo d'identité du participant)
- Chèque de 450 € pour une inscription individuelle à la Formation à la Thérapie IMO 1
- Chèque de 220 € pour une inscription individuelle à la Formation Continue
- Chèque de 220 € pour une inscription individuelle à la Thérapie d'IMPACT
- Chèque de 800 € pour une inscription individuelle aux 4 journées
- Prise en charge par mon employeur (*tarif selon convention*)

Chèque à établir à l'ordre de l'Association Corps et Conscience (dont 10 € d'adhésion semestrielle à l'Association)

Le bulletin d'inscription est à retourner à :

Association Corps et Conscience - 14, avenue Paul Appell - 75014 Paris - France
Tél. : 06 60 86 09 49

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier de candidature	Comité d'Admission Corps et Conscience	Candidature praticien exerçant hors France	Remarques
<input type="checkbox"/> Médecin ayant une formation en psychologie et psychopathologie <input type="checkbox"/> Psychologue clinicien <input type="checkbox"/> Psychothérapeute ou Psycho-praticien titulaire du CEP <input type="checkbox"/> Psychothérapeute ou Psycho-praticien membre de la FF2P, du SNPPsy ou de l'AFFOP <input type="checkbox"/> Niveau à valider par le comité d'admission <input type="checkbox"/> Praticien exerçant à l'étranger, candidature à valider par Association nationale concernée	<input type="checkbox"/> dossier accepté <input type="checkbox"/> dossier refusé Motif Date :	Pays : <input type="checkbox"/> dossier accepté <input type="checkbox"/> dossier refusé Motif Date : Date :