Fiche de renseignements préalable à l'inscription*, à retourner à
TMG Concept, 63 boulevard Berthelot 63000 CLERMONT-FERRAND
Tel : 09-83-085-14-33 . 07-50-44-56-69 / Courriel : info.tmgconcept@gmail.com
(A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES)

THERAPIE MANUELLE DES FASCIAS – MUSCULO-SQUELETTIQUE

☐ La Réunion
☐ La Guadeloupe
☐ La Martinique

IDENTIFICATION ET COORDONNEES DU STAGIAIRE

NOM…… PRENOM ……

TÉLÉPHONE…… TÉLÉPHONE PORTABLE……

E-MAIL (OBLIGATOIRE) ……

PROFESSION EXERCEE ……

- **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN QUALITE DE PROFESSION LIBERALE ? ……..**

SI OUI : ADRESSE PROFESSIONELLE……..

CODE POSTAL VILLE ……

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- **LA FORMATION EST-ELLE REALISEE EN QUALITE DE SALARIE(E) D'UNE ENTREPRISE ? ……**

SI OUI : NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR……

NOM, PRENOM ET FONCTION DU SIGNATAIRE ……

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT……

CODE POSTAL VILLE ……

TÉLÉPHONE……

E-MAIL (OBLIGATOIRE) ……

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

L'ETABLISSEMENT DEMANDE T-IL UNE PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR (OPCA) ? ……..

OUI, LEQUEL ? ……

(une copie de l'accord de prise en charge devra être fourni à TMG concept avant le début de la formation)

- COMMENT AVEZ-EU CONNAISSANCE DE LA FORMATION ?

FACEBOOK ☐ SITE ☐ PUBLICITE ☐ COLLEGUE ☐ AUTRE ☐

(*) Les informations demandées sur cette fiche, sauf avis contraire de votre part, feront objet d'un traitement informatisé, exclusivement réservé aux services de TMG Concept. Conformément à la loi n° 78 – 17 du 6 janvier 1978, dite "informatique et libertés" vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Date ……
Cachet et signature