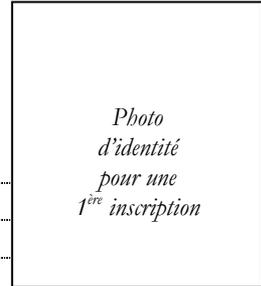


FORMATION A LA THERAPIE IMO

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 _____

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 22 et 23 avril 2013, à Paris** (460 € tarif individuel)
- Journée de Formation Continue en IMO : le 24 avril 2013** (225 € tarif individuel)
- Journée de Thérapie d'IMPACT « L'Art de Semer » : le 25 avril 2013** (225 € tarif individuel)
- Aux 4 journées de formation du 22 au 25 avril 2013** (820 € tarif individuel)

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

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 uniquement**
- Photo d'identité du participant à coller sur ce bulletin)
- Chèque de _____ € pour une inscription individuelle
- Chèque de 820 € pour une inscription individuelle aux 4 journées
- Virement de _____ € (*RIB fourni à la demande*)
- 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 , Psychothérapeute <input type="checkbox"/> Psycho-praticien titulaire du CEP ou 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 : _____