

# Bulletin d'Inscription aux Stages de Formation en Présentiel



**A retourner dûment complété par :**

**Email :** [secretariat@respirformation.fr](mailto:secretariat@respirformation.fr) ou [communication.respir@gmail.com](mailto:communication.respir@gmail.com)

**Courrier à RESPIR FORMATION- 24 Bd Paul Vaillant Couturier -94200 Ivry Sur Seine**

# 2027

## Informations sur le STAGE

Numéro & Intitulé du Stage						
Date(s) du stage	Date session 1			Date session 2		
	___/___/___	au	___/___/___	___/___/___	au	___/___/___
Lieu du Stage					Coût pédagogique	€

## Informations sur le/la STAGIAIRE

Nom d'usage			Prénom					
Date de naissance			Sexe	F	<input type="radio"/>	M	<input type="radio"/>	
Adresse								
C.P.			Ville					
E-mail								
Portable								
Profession				Numéro RPPS				
Année du Diplôme de psychomotricité								
Mode d'exercice principal	Salarié	<input type="radio"/>	Liberal	<input type="radio"/>	Mixte	<input type="radio"/>	Sec santé armées	<input type="radio"/>

## FRAIS DE FORMATION

- A titre personnel (Auto financement)  
 Prise en charge FIF PL  
 Prise en charge par l'employeur dans ce cas merci de renseigner les grilles ci-dessous :

## Informations sur l'Etablissement EMPLOYEUR

Nom de l'Etablissement						
Numero SIRET						
Adresse						
C.P.			Ville			
Numéro de téléphone						
Nom du signataire de la convention						
Mail du signataire de la convention						
Nom du chargé de suivi de votre dossier						
Mail du chargé de suivi de votre dossier						

## Adresse de FACTURATION

- Identique à l'adresse ci-dessus  
 Si autre compléter la grille ci-dessous svp

## Informations sur l'Etablissement de FACTURATION

Nom de l'Etablissement						
Numero SIRET						
Adresse						
C.P.			Ville			
Nom du référent administratif						
Mail du référent administratif						



Siren : 328559448 – Siret : 328 559 448 00076 – APE : 8559A – Datadocké id.DD : 0051020  
 Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11 94 05 771 94 auprès du préfet de la Région Ile-de-France,

Agrément QUALIOPi N° 01439



## Conditions d'inscription :

### EN CAS DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION PAR L'EMPLOYEUR :

L'inscription du/de la stagiaire ne devient effective qu'après réception de ce bulletin entièrement complété, signé et tamponné par l'employeur, accompagné du chèque d'arrhes de 200€ (le chèque n'est encaissé qu'après envoi de la convocation).

### SI INSCRIPTION À TITRE INDIVIDUEL :

L'inscription ne devient effective qu'après réception de ce bulletin entièrement complété, signé par le/la participant(e) accompagné du chèque d'arrhes de 200€ (le chèque n'est encaissé qu'après envoi de la convocation).

## Modalités de facturation :

### En cas de prise en charge de la formation par l'employeur :

La facturation sera établie au nom de l'Etablissement employeur de la personne inscrite sur la formation.

En cas de règlement par un organisme collecteur ou financeur, l'Etablissement s'engage à fournir l'accord de prise en charge préalable, au plus tard le premier jour de la formation. Passé ce délai, la facturation se fera directement à l'Etablissement.

Si inscription à titre individuel, la facturation se fera à l'issue de la formation.

## Réduction sur tarif public :

En cas d'autofinancement (aucun financement extérieur) une réduction de 25% sera appliquée sur le tarif public

En cas d'autofinancement (aucun financement extérieur) et adhésion au SNUP, une réduction de 35% sera appliquée sur le tarif public.

Pour les étudiants en D.E. de Psychomotricité une réduction de 50% sera appliquée sur le tarif public (justificatif demandé)

Pour les chômeurs une réduction de 50% sera appliquée sur le tarif public (justificatif demandé)

Pour les établissements/institutions inscrivant :

2 stagiaires sur l'année en cours, une réduction de 5% par stagiaire sera appliquée sur le tarif public

3 stagiaires sur l'année en cours, une réduction de 10% par stagiaire sera appliquée sur le tarif public

4 stagiaires sur l'année en cours, une réduction de 20 % par stagiaire sera appliquée sur le tarif public

## Modalités de règlement :

Cochez la case ci dessous vous concernant

Règlement de la totalité ou du solde de la formation à l'issue de la formation et sur présentation de la facture :

par Mandat Administratif

par virement

L'inscription implique l'acceptation du règlement intérieur applicable aux Participants qui aura été transmis au Participant lors de son inscription.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance des modalités et conditions d'inscription

### EMPLOYEUR

Date :

Nom & fonction du signataire

Signature

Cachet de l'Etablissement

### PARTICIPANT(E) A TITRE INDIVIDUEL

Date :

Nom & prénom du signataire

Signature