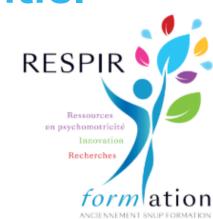
# Bulletin d'Inscription aux Stages de Formation en Présentiel

### A retourner dûment complété par :

**Email**: secretariat@respirformation.fr ou communication.respir@gmail.com

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

2025



Informations sur le STAGE										
Numéro & Intitulé du Stage										
	Date session 1					Date session 2				
Date(s) du stage		/ au		/			_/	au	/_	_!
Lieu du Stage							Coût péc	lagogique		€
Informations sur le/la STAGIAIRE										l
Nom d'usage					Pré	nom				
Date de naissance					S	exe	F	0	M	0
Adresse										
C.P.				Vill	e					
E-mail										
Portable										
Profession						Numéro	o RPPS			
Année du Diplôme de psychomotricité										
Mode d'exercice principal	Salarié	0	Libera	0		Mixte	0	Sce santé a	irmées	0
		FRAI	S DE FO	RMATION						
O   Prise en charge FIF PL O   Prise en charge par l'employeur d	dans de da	s merci	de renseig	jner les gri	lles ci-d	essous:				
Informations sur l'Etablissement E	MPLOYE	UR								
Nom de l'Etablissement										
Numero SIRET										
Adresse										
C.P.				Vill	e					
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										
		Adress	se de FAC	TURATIO	)N					
O Identique à l'adresse ci-dessus										
O Si autre compléter la grille ci-des	sous svp									
Informations sur l'Etablissement d	le FACTU	RATIO	N							
Nom de l'Etablissement										
Numero SIRET										
Adresse										
C.P.										
Nom du référent administratif										
Mail du référent administratif										





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	n à l'issue de la formation et sur présentation de la facture :
par Mandat Administratif	par virement
L'inscription implique l'acceptation du règlement intér	rieur applicable aux Participants qui aura été transmis au Participant lors de son inscription.
Nous reconnaissons avoir pris connaissance	e des modalités et conditions d'inscription

	<b>EMPLOYEUR</b>	
Date:		
Nom & f	fonction du signataire	
Signat	ure	
Cachet	de l'Etablissement	

PARTICIPANT(E) A TITRE INDIVIDUEL
Date :
Nom & prénom du signataire
Signature