

# ATELIER BASES ACT – niveau 1

## BULLETIN D'INSCRIPTION – 2024 ZOOM

**Il est IMPORTANT de remplir intégralement votre bulletin d'inscription et de nous envoyer, le cas échéant, les justificatifs demandés (ex : justificatif de scolarité) sans quoi votre inscription ne sera pas complète**

Nom : ..... Prénom : ..... Profession : .....

Adresse : ..... Ville : ..... Code Postal : .....

Email : ..... Téléphone : ..... Date : ..... Signature : .....

Il n'y a pas de prérequis pour l'atelier, en revanche la lecture de l'ouvrage Guide Clinique de la Thérapie ACT de B. Schoendorff et col ou équivalent est fortement conseillé.

Je suis en situation d'handicap et j'ai besoin d'être contacté par ACTiff (merci d'entourer la mention qui vous concerne) : OUI NON

VOTRE ATTENTE par rapport à cette formation : exprimez en quelques mots votre attente concernant la formation (NB : le but est de nous assurer que nos formations pourront bien y répondre)

Thème	Durée	Formateur principal	Niveau	Date	Lieu	Individuel	Professionnel	Étudiant	Total
Atelier d'initiation ACT	2 JOURS	Jana GRAND	Débutant	12 – 13 Janvier 2024	ZOOM	350€	450€	250€	

ACTiff va étudier vos attentes concernant la formation et la capacité de notre organisme à y répondre : c'est seulement après cette analyse que votre inscription sera validée. Si c'est le cas, vous recevrez par mail la convention pour contractualiser notre accord. Vous pourrez ensuite passer au règlement de la formation.

Chèque à établir et à transmettre ou transfert bancaire à effectuer (en cas de transfert bancaire merci de mentionner votre nom et l'atelier auquel vous souhaitez participer) à l'ordre de Jana Grand : IBAN : **FR76 3000 3013 5400 0270 0072 221** BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**

**Ce bulletin d'inscription et le règlement par chèque sont à renvoyer à l'adresse suivante : Pôle Santé Saxe Gambetta, Jana Grand, 2 rue de l'Humilité, 69003 Lyon**

Pour tous renseignements : Téléphone : +33(0)6 15 87 87 98