

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 Guide Clinique de la Thérapie ACT de B. Schoendorff et col ou équivalent est largement conseillé**

**Je suis en situation d'handicap et j'ai besoin d'être contacté par ACTiff (merci d'entourer) : OUI NON**

Exprimez en quelques mots votre attente concernant la formation (le but est de nous assurer que nos formations pourront y répondre)

| Thème  | Durée   | Formateur principal  | Niveaux   | Date                    | Lieu | Individuel | Professionnel | Étudiant | Total |
|--|---------|--|-----------|-------------------------|------|------------|---------------|----------|-------|
| Initiation au modèle DNA-V.<br>Un modèle ACT spécialisé<br>dans l'accompagnement des<br>jeunes | 2 JOURS | Déborah<br>d'Hostingueet<br>Christine Jausions-<br>Cheymol | Débutants | 11 – 12<br>Mars<br>2024 | ZOOM | 450€       | 550€          | 350€     |       |

ACTiff va étudier vos attentes concernant la formation et la capacité de notre organisme à y répondre : c'est seulement après 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 (l'encaissement des chèques se fait après l'atelier)**

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