

## BULLETIN D'INSCRIPTION AU TITRE DE LA FORMATION PERMANENTE

Dans le cadre d'une inscription au titre de la formation permanente, vous devez compléter le formulaire d'inscription et le faire parvenir à :

Jacques Ruff, Section Clinique d'Aix-Marseille-Antenne de Gap 6b, rue d'Abon 05000, Gap Email : jacques.ruff@wanadoo.fr site : psychanalyse-map.org

(Les factures et autres documents seront adressés à l'institution).

## Choix de cursus

| ☐ Antenne clinique– Du 20 octobre 2023 au 14 juin 2024 – 14h/ 19h |
|---|
| O Inscription au titre de la Formation Permanente (FP) : 950 €    |
| ☐ Propédeutique – Du 10novembre 2023 au 16 juin 2024 – 14h / 18h  |

O Inscription au titre de la Formation Permanente (FP) : 600 €

## Je demande à participer aux enseignements :

☐ Je n'ai jamais été inscrit(e)

Module du vendredi après midi

- <u>PREMIÈRE INSCRIPTION</u>: : Un entretien préalable avec le coordinateur vous sera proposé. Prendre rendez-vous : <u>Jacques Ruff</u> 06 80 10 47 14 ou jacques;ruff@wanadoo.fr
- ☐ J'ai déjà été inscrit(e)
  - <u>RÉINSCRIPTION</u>: Merci de retourner ce bulletin dûment rempli.

Après acceptation de la demande d'inscription par l'Antenne clinique de Gap ou réception du bulletin de réinscription, vous recevrez un exemplaire à compléter et signer

- de la convention de formation professionnelle
- des conditions générales de vente
- du règlement intérieur

Rédactrice : Françoise Mary

Vérificateur : Jacques Ruff Date de création : juin 2023

- du questionnaire de préformation

L'inscription ne sera validée qu'à réception des documents signés.

Vous pouvez vous désister sans frais jusqu'à 14 jours ouvrés avant le début de la formation choisie.

| NOM DU SALARIE :                          |
|---|
| PRÉNOM:                                   |
| ADRESSE:                                  |
| VILLE:                                    |
| CODE POSTAL :                             |
| E-MAIL:                                   |
| TÉLÉPHONE:                                |
| FONCTION:                                 |
| BESOINS SPÉCIFIQUES :                     |
|   |
| NOM DE L'INSTITUTION :                    |
| ADRESSE:                                  |
| VILLE:                                    |
|   |
| NOM DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER : |
| E-MAIL:                                   |
| TÉLÉPHONE :                               |
|   |
|   |