

L'association AFORPEL représentée par son Président : Pierre Nantas  
Adresse : 128 Place Foch 44 150 ANCENIS  
N° de Siret : 48036177300017  
Déclaration d'activité enregistré sous le N°52 44 05273 44 auprès du préfet de région de Pays de la Loire, assurera une formation à l'Hôpital Tarnier 89 rue d'Assas 75006 PARIS pour le compte de

Mme, Mlle, M (Nom, Prénom) .....  
N° de Tel : ..... adresse E.mail : ..... @ .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe ..... portable : .....

**La formation sera prise en charge par (indiquez ci-dessous le nom et l'adresse de l'organisme)**  
.....

Telephone : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
N° de Siret : .....  
Nom de la personne responsable de la formation permanente :

**Titre de la formation** (reporter le titre de la formation) .....  
**Durée de la formation** : ..... **jours**  
**Dates des sessions** (noter les dates) .....  
**Coût** ..... *TVA non applicable article 293B du CGI*

Je suis étudiant(e) et n'exerce pas de profession, je bénéficie d'une réduction de 50%  
Je suis adhérent de l'AFORPEL, j'exerce une activité principale de thérapeute, je bénéficie de 25 euros de réduction.

Ma formation est prise en charge par l'entreprise dans le cadre de la formation permanente.  
Je joins un premier règlement de 600.00€ est à verser au moment de l'inscription, le solde en fin de formation)

Je règle en 1 versement soit un cheque de .....€  
Je souhaite bénéficier d'un règlement en 3 fois et je note qu'il sera perçu 20.00 euro de frais de dossier.

Je joins 3 chèques de .....€ et un cheque de 20.00 €

*Ne pas antidater vos chèques. Chaque cheque sera encaissé 15 jours avant la date de la session.*

Je souhaite recevoir une facture

#### **ATTESTATION**

Une attestation de formation est remise à l'issue de la dernière session de la formation.

#### **CLAUSE DE PROPRIETE INTELLECTUELLE.**

Les documents (tests, tirés à part...) ainsi que l'ensemble des supports pédagogiques remis au stagiaire dans le cadre de cette formation sont à usage strictement individuel.

***Le stagiaire s'engage donc à ne pas les utiliser en dehors de sa pratique thérapeutique ni à les communiquer à une personne morale ou physique.***

#### **CLAUSE D'ANNULATION**

Pour être pris en compte, tout désistement devra faire l'objet d'un courrier recommandé avec AR. Aucun remboursement ne sera accepté pour le cas d'un désistement intervenant **moins de deux mois** (60 jours ouvrés) avant le premier jour de la formation.

Fait à ..... le .....

.Pierre Nantas  
Président de l'AFORPEL

(votre signature)  
Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

**Convention à nous retourner signée en 2 exemplaires accompagnés de votre règlement par courrier à AFORPEL 128 place Maréchal Foch 44150 Ancenis**