



# Formulaire d'inscription

A retourner à :

**Santé Formation**

58 rue de Sercq – ZA du Croissant – 50380 SAINT PAIR sur MER

Ou par mail : [inscription@santeformation.org](mailto:inscription@santeformation.org)



Nom : ..... adresse : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : ..... e-mail : .....  
Profession : .....  salarié  libéral  
Employeur : .....  
.....

Je souhaite m'inscrire à la formation  
Evaluation et Rééducation des Réflexes archaïques en Ergothérapie

- 30 et 31 janvier à LILLE 350 €  
 26 et 27 mars à GRANVILLE 350 €  
 16 et 17 avril à LYON 350 €

J'ai bien noté que les inscriptions sont prises par ordre de réception de la fiche d'inscription. Elles seront validées à la réception du règlement.

Les frais de participation seront encaissés 10 jours avant le début de la formation. Je note qu'en cas de désistement de ma part, moins de 1 mois avant la date de formation, les frais engagés ne me seront pas remboursés.

Vous avez la possibilité de faire une demande de prise en charge auprès du FIF-PL, notre organisme est DataDocké.

**Les inscriptions ne seront considérées définitives qu'à réception de votre règlement**

Signature :

**SANTE FORMATION**

58 rue de Sercq – ZA du croissant – 50380 SAINT PAIR sur MER

Tel. 06.83.03.24.86, [inscription@santeformation.org](mailto:inscription@santeformation.org)

N° de déclaration d'activité : 25 50 010 1850 enregistrée auprès du préfet de Basse Normandie