|  |  |
| --- | --- |
| logo 4 | Bulletin d'inscription à la formation Bébé (2025)à renvoyer avec une photo d’identité à: BOBATH France – 30 Résidence du Paradis59239 THUMERIES*ou par mail* : amtef.bobath@free.fr |

*La cotisation annuelle à l'association est obligatoire pour participer à nos formations :*

*elle est fixée à 50€.*

*Votre inscription ne sera validée qu'à réception de votre bulletin d'inscription entièrement complété et d' un acompte de 30% du coût global de la formation.*

*Veuillez remplir le formulaire en écriture d’imprimerie et les adresses mail lisiblement en forçant sur les points et les traits.*

NOM : NOM de NAISSANCE :

PRENOM : DATE de NAISSANCE :

PROFESSION : LIEU de NAISSANCE :

 Code postal et pays

* pourcentage du temps en exercice libéral : ......................................
* pourcentage du temps en exercice salarié : ......................................

N° ADELI : ou N° RPPS :

ADRESSE PERSONNELLE :

TELEPHONE : E-MAIL :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TELEPHONE : E-MAIL :

Je joins ma cotisation soit la somme de 50 € par chèque n° du (date)

 Ou par virement du

Je joins mon acompte d'un montant de par chèque n° du

Avez-vous déjà participé à une FORMATION BOBATH DE BASE ? : OUI / NON

Si oui, DATE et LIEU :

Avez-vous des besoins spécifiques en termes d’adaptation pédagogique ou d’adaptation des locaux ? Précisez :

* Si le financement de la formation est assuré par votre employeur, merci de nous donner ses coordonnées.

Nom du Directeur de l'établissement :

Adresse :

N° de téléphone et /ou e.mail :

 A ………………………….. le……………………………

Votre signature : Signature et cachet de l’employeur: