

## Stage Abus et Violences Sexuels Fiche d'inscription

### Identité

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel\* : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
Comment avez-vous eu connaissance de notre organisme ? \_\_\_\_\_  
Activité professionnelle actuelle : \_\_\_\_\_

### Formation dans votre pratique de psychothérapeute, psychopraticien, professionnel de la relation d'aide ou de santé

#### • Méthode de référence \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
Nom du/des formateurs principaux : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures : \_\_\_\_\_  
Certification ou diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### • Méthode, technique, approche complémentaires \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
Nom du/des formateurs principaux : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures : \_\_\_\_\_  
Certification ou diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### • Méthode, technique, approche complémentaires \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
Nom du/des formateurs principaux : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures : \_\_\_\_\_  
Certification ou diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Formation en psychopathologie

Organisme : \_\_\_\_\_ Sigle \_\_\_\_\_  
Nom du/des formateurs principaux : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures : \_\_\_\_\_  
Certification ou diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Supervisions

Etes-vous actuellement en supervision ?  Oui  Non  Indiv.  Groupe

Avez-vous été en supervision ?  Oui  Non  Indiv.  Groupe

Nom du/des superviseurs :

Nombre d'heures en individuel : \_\_\_\_\_ En groupe : \_\_\_\_\_

## Psychothérapie ou psychanalyse personnelle

### • Méthode \_\_\_\_\_

Nom du/des praticien : \_\_\_\_\_  Indiv.  Groupe

Nombre d'heures (approximatif) : \_\_\_\_\_ Période : \_\_\_\_\_

### • Méthode \_\_\_\_\_

Nom du/des praticien : \_\_\_\_\_  Indiv.  Groupe

Nombre d'heures (approximatif) : \_\_\_\_\_ Période : \_\_\_\_\_

### • Méthode \_\_\_\_\_

Nom du/des praticien : \_\_\_\_\_  Indiv.  Groupe

Nombre d'heures (approximatif) : \_\_\_\_\_ Période : \_\_\_\_\_

## Exercice de votre pratique professionnelle de psychothérapeute/psychopraticien

### • Cadre de travail

Statut :  Libéral  Association  Institution  Auto-entrepreneur  Portage

Titre :  Psychothérapeute  psychopraticien  Psychologue  Psychanalyste

Médecin  Psychiatre  Autre :

Séances :  Individuel  Groupe Langue : \_\_\_\_\_

Date début de pratique : \_\_\_\_\_ Nd d'année d'exercice : \_\_\_\_\_

### • Clientèle

Adultes  Enfants/adolescents  Couples  Famille  Autre :

### Autre pratique professionnelle actuelle (le cas échéant)

Entreprise  Association  Institution  Autre :

Nom de l'organisation : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

## Principales expériences professionnelles

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Votre posture professionnelle

- **Vous et votre posture : comment vous définissez-vous en tant que thérapeute** (posture, style, manière de travailler, sensibilité, questionnement...)
  
- **Comment définiriez-vous votre clientèle et que dit-elle de vous en tant que thérapeute ?**

### Votre motivation pour cette formation

- **Qu'est-ce qui vous a amené à souhaiter vous inscrire à cette formation ?**
  
- **Quel est votre objectif en vous inscrivant à cette formation ?**
  
- **Quelles sont vos attentes ?**

Si vous êtes en situation de handicap, merci de nous en faire part afin que nous envisagions ensemble des modalités d'accès appropriées.

### **Documents à joindre à cette fiche**

- Règlement intérieur signé
- Conditions & engagement financiers signé
- Chèque d'arrhes 150 € à l'ordre de l'IFFS à l'adresse : IFFS - 24 rue de l'Opéra - 13100 Aix en Provence

# Conditions et engagement financiers

## Conditions financières

**Tarif de la formation : 990 € TTC** - Durée 6 jours soit 42h.

Financement personnel

Je m'engage à régler personnellement les frais de la formation qui s'élèvent à 990 €.

Mode de règlement :

Par chèque à l'ordre de l'IFFS

Par virement

IBAN : FR76 3007 7048 6733 8492 0020 149

BIC : SMCTFR2A

Demande de prise en charge par un OPCO ou institution\*\*

## **Interruption anticipée de la formation**

Un participant qui décide d'interrompre la formation de son propre gré, demeure redevable de la totalité du prix de celle-ci. L'Institut conserve le droit d'exclure le stagiaire en cas de non respect de ces conditions.

## **Escompte de règlement**

Un excompte de 5% est accordé pour toute inscription validée 3 mois avant le début du stage. Le montant de la formation se portera alors à 940 €TTC.

**Dès l'inscription validée, l'Institut adressera au stagiaire une Convention de Formation\*\***

**\*\*Toute formation est réglée directement par le stagiaire auprès de l'IFFS. Dans le cas d'une demande de prise en charge par un OPCO ou une institution, le stagiaire fera donc l'avance des frais de formation directement auprès de l'Institut. Aucune participation au stage ne sera admise si les frais n'ont pas été réglés conformément à ces conditions.**

## **Engagement financier entre les soussignés :**

1. L'organisme de formation ARCHIANE - 24 rue de l'Opéra - 13100 Aix en Provence, enregistré sous le numéro de déclaration d'existence 93.13.14382.13 auprès de la DIRECCTE PACA, et

2. \_\_\_\_\_ (ci-après désigné par le stagiaire) est conclu un contrat pour le paiement du stage "Abus et Violences sexuels".

**Je m'engage à régler l'ensemble du cursus selon les conditions mentionnées au contrat, à savoir :**

Je m'engage ce jour à un régler un 1<sup>er</sup> versement de € 150 (arrhes) afin de valider mon inscription.

Je m'engage à solder l'ensemble de la formation un mois avant le début de la formation.

**Fait en double exemplaire à :**

**Le  
Signature**