

Stage Thérapie et Sexualité 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 : 495 € TTC - Durée 3 jours soit 21h.

Financement personnel

Je m'engage à régler personnellement les frais de la formation qui s'élèvent à 495 €.

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 OPCA 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 470 €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 OPCA 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 "Thérapie et Sexualité".

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^{er} 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**