

Inscription Fondamentaux

Introduction à la Sexothérapie

Sexualité Exploration

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 ? _____

Inscription à titre Personnel Professionnel

Activité professionnelle actuelle : _____

• Secteur d'activité :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculture-agro-alimentaire | <input type="checkbox"/> Activité financières |
| <input type="checkbox"/> Industrie, énergie, recherche | <input type="checkbox"/> Activités immobilières |
| <input type="checkbox"/> Enseignement | <input type="checkbox"/> Education, santé, action sociale |
| <input type="checkbox"/> Commerce, transport | <input type="checkbox"/> Administration |
| <input type="checkbox"/> Artisanat, spectacle, art | <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Tourisme | |

• Catégorie socio-professionnelle

- Agriculteur, exploitant Artisans, commerçants et chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (Professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs, professions scientifiques, professions de l'information, des arts et des spectacles, cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise)
- Professions intermédiaire (Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés, professions intermédiaires de la santé et du travail social, clergé, religieux, Professions intermédiaires administratives de la fonction publique ; et commerciale des entreprises)
- Employé Ouvrier Retraité Etudiant Sans emploi

Formation

Organisme	Date	Diplôme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Parcours professionnel

Entreprise

Date

Fonction

Psychothérapie ou psychanalyse personnelle

Avez-vous déjà effectué un travail thérapeutique ? Oui Non

• Méthode

Nom du/des praticien : _____ Individ. Groupe

Nombre d'heures (approximatif) : _____ Période : _____

• Méthode

Nom du/des praticien : _____ Individ. Groupe

Nombre d'heures (approximatif) : _____ Période : _____

Comment avez-vous connu l'IFFS ou cette journée (précisez) ?

Votre motivation pour cette journée ?

- **Qu'est-ce qui vous a amené à souhaiter vous inscrire à cette journée ?**

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
- Chèque d'arrhes 150 € à l'ordre de l'IFFS à l'adresse : IFFS - 24 rue de l'Opéra - 13100 Aix en Provence

*Je reconnais et j'accepte que ce mode de communication sera utilisé et autorise l'IFFS à m'envoyer des documents administratifs et pédagogiques par mail. L'IFFS s'engage à ne pas utiliser les coordonnées des stagiaires à des fins commerciales et respecte le Règlement Général que la Protection des Données.