

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de télécharger ou d'imprimer ce document , le remplir puis de le retourner à l'adresse email suivante : [lod.therapies@gmail.com](mailto:lod.therapies@gmail.com)

### IDENTITÉ CLIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de l'entreprise : ..... Siret n° .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Email : .....

Code APE /NAF : ..... Niveau d'étude : .....

Situation de handicap :  OUI  NON

### SOUHAITS :

Formation(s) souhaitée(s) par le client :

- -  
- -

Formation(s) présente(nt) au catalogue :  OUI  NON

### PROJETS / ATTENTES : *À remplir obligatoirement*

### COMMENTAIRES / BESOIN(S) SPÉCIFIQUE(S) :

### FINANCEMENT

Financement de la formation : Comptant Paiement échelonné

Une demande de prise en charge sera demandée :  OUI  NON

Si oui à quel organisme : .....

### Partie réservée au Centre de formation LOD Thérapies

### Formations proposées par le centre de formation LOD Thérapies en cohérence aux projets :

- -  
- -  
- -

### Avis du responsable pédagogique sur la faisabilité de la demande :

Favorable

Emet des réserves

Défavorable

Programmation de la session de formation :  OUI  NON

Date :