

Module de formation et choix des dates

Formation ACT (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement), le Cycle de Spécialisation

Nombre de jours :

Nombre d'heures :

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1

Nombre de jours :

Je choisis ma date et mon mode de participation

Présentiel (Lille)
Début fin

Distanciel (Visio-live)
Début fin

08/06/26 10/06/26

08/06/26 10/06/26

19/10/26 21/10/26

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2

Nombre de jours :

Choix de la date

début fin
 02/11/26 04/11/26

début fin

début fin

Mode de participation

Présentiel (Lille)

Distanciel (Visio-live)

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 3

Nombre de jours :

Choix de la date

début fin
 16/12/26 17/12/26

début fin

début fin

Mode de participation

X

Distanciel (Visio-live)

Evaluation des besoins

Cette formation est faite :

- A la demande du participant A la demande de l'employeur

Quelles sont les attentes vis-à-vis de cette formation ? (plusieurs choix possibles)

- Acquérir de nouveaux outils dans le cadre de la profession
 Renforcer les outils et l'expertise dans le cadre de la profession
 Acquérir de nouveaux outils dans le cadre d'une reconversion ou d'un nouveau projet
 Acquérir de nouveaux outils à titre personnel (ex: gestion stress pro.)
 Développer le réseau professionnel
 Echanger sur le partage de l'expérience avec les confrères
 Autre (précisez) :

État civil du stagiaire

- Madame Monsieur

Prénom : Nom :

Profession (obligatoire) :

Mail du stagiaire (obligatoire) :

Téléphone du stagiaire (obligatoire) :

En cas de situation de handicap, SYMBIOFI recommande au stagiaire d'indiquer, dès son inscription, la nature de son handicap ainsi que ses besoins spécifiques, afin de lui garantir un accueil optimal :

Financement

Le financement de cette formation est :

- à titre personnel
 par un OPCO (Précisez) :
 par France Travail
 par une institution / structure (Précisez ci-dessous) :

Raison sociale :

N° et Rue :

Code postal : Ville :

Siret :

Nom, Prénom du responsable :

Téléphone :

Professions libérales, individuels, structures < 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
Je sélectionne ma formule tarifaire					Nombre de jours présentiel: 8
<input type="checkbox"/>	Total jours : 8	1 740,00 €			1 740,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	1 740,00 €	240,00 €		1 980,00 €
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter**	1 740,00 €		118,00 €	1 858,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	1 740,00 €	240,00 €	118,00 €	2 098,00 €

Structures > 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
Je sélectionne ma formule tarifaire					Nombre de jours présentiel: 8
<input type="checkbox"/>	Total jours : 8	2 576,00 €			2 576,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	2 576,00 €	240,00 €		2 816,00 €
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter**	2 576,00 €		588,00 €	3 164,00 €
<input type="checkbox"/>	J'ajoute la restauration*	2 576,00 €	240,00 €	588,00 €	3 404,00 €

* **Plateaux repas : 30 € TTC / jour / plateau**
 ** **Plateforme professionnelle d'e-thérapie : Licence 1 an**
www.symbiocenter.com

TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis

Moyen de paiement

- Chèque à l'ordre de SYMBIOFI
 Virement bancaire

Code banque : 30027 Code guichet : 17012 Clé : 90 N° de compte : 00020173601
 BIC : CMCIFRPP Compte IBAN : FR76 3002 7170 1200 0201 7360 190

(Nom et prénom du stagiaire)

Je soussigné(e) :

avoir pris connaissance des prérequis du / des module(s) et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

(Nom de la ville)

A :

(Date)

Le :

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :