

Module de formation et choix des dates

Trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

comprendre, repérer et accompagner

Nombre de jours :

Nombre d'heures :

Je choisis mon mode de participation :

Présentiel (Lille)

Distanciel (Visio-live)

Début fin

Début fin

Je choisis ma date :

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 :

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** | Total € TTC |
|-------------|---------|-----------------------------|---|-----------------|----------------|
|-------------|---------|-----------------------------|---|-----------------|----------------|

Je choisis le module de formation : je sélectionne ma formule tarifaire

Trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Nombre de jours : **3**

698,00 €

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|----------|---------|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Total jours : 3 | 698,00 € | | | 698,00 € |
| <input type="checkbox"/> | J'ajoute la restauration* | 698,00 € | 90,00 € | | 788,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Pack avec SymbioCenter** | 698,00 € | | 118,00 € | 816,00 € |
| <input type="checkbox"/> | J'ajoute la restauration* | 698,00 € | 90,00 € | 118,00 € | 906,00 € |

Structures > 10 salariés

| Votre choix | Formule | Formation € net de taxes | Plateaux repas par traiteurs € net de taxes | *SymbioCenter** | Total € TTC |
|-------------|---------|-----------------------------|---|-----------------|----------------|
|-------------|---------|-----------------------------|---|-----------------|----------------|

Je choisis le module de formation : je sélectionne ma formule tarifaire

Trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Nombre de jours : **3**

1 025,00 €

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|------------|---------|----------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Total jours : 3 | 1 025,00 € | | | 1 025,00 € |
| <input type="checkbox"/> | J'ajoute la restauration* | 1 025,00 € | 90,00 € | | 1 115,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Pack avec SymbioCenter** | 1 025,00 € | | 588,00 € | 1 613,00 € |
| <input type="checkbox"/> | J'ajoute la restauration* | 1 025,00 € | 90,00 € | 588,00 € | 1 703,00 € |

* 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 module et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

(Nom de la ville)

A :

Le :

(Date)

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :