BULLETIN D’INSCRIPTION

Formation Hypnoanalgésie 2024

**Dates 13 et 14 mai            17 et 18  juin                16 septembre**

Prénom et Nom : ……………………………………………..……………………………………….....

Profession : ………………………………………………………………………………….………...

Adresse personnelle :…………………………………………………...………………………………...

Téléphone personnel : ……………………………….. E-mail ………………………………..……...

Adresse professionnelle : ……………………………………………………………………………..….

N° RPPS ou ADELI……………………………………………………………………………….…

Prise en charge - Par moi-même 1100 euros ❒ En 1 versement, joindre un chèque de 1100 euros avec le bulletin

 ❒ En plusieurs fois joindre un chèque de 500 € et 3 chèques de 200 € (1 par module)

 - Par le DPC 1200 euros ❒

 - Par mon employeur 1100 euros ❒ faites compléter par votre employeur le cadre ci-dessous

Dénomination et adresse employeur : ……………………………………………………………..………….

Mail pour convention et facturation………………………………………………………..…………..………

Téléphone service formation : …………………………………………………………………..………………

Je suis formé(e) en Hypnose et Thérapies Brèves : ⬜ OUI ⬜ NON Nom de l’institut formateur : …………………

 *Conformément au RGPD vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent et d’opposition à leur traitement. Si vous souhaitez l’exercer, il vous suffit d’adresser une simple demande au secrétariat d’ACTIIF. Notre Politique de confidentialité et de protection des données personnelles est consultable sur le site ACTIIF Hypnose.*

**À**……………………….  **le**………………………………..

**Signature stagiaire Signature employeur (si prise en charge)**

**)**

*ACTIIF se réserve le droit d’annuler ou de modifier le programme de formation si des circonstances indépendantes de sa volonté l’y obligent.*

*Interruption du stage :*

* + *En cas de cessation anticipée de la formation du fait de l’organisme de formation, seules les prestations non dispensées seront remboursées prorata temporis de la valeur prévue au présent contrat.*
	+ *Si le stagiaire est empêché de suivre la formation par suite de force majeure dûment reconnue, le contrat de formation est résilié et seules les prestations effectivement dispensées sont dues.*
	+ *En cas d’abandon du stage par le stagiaire pour un autre motif que la force majeure dûment reconnue, le présent contrat est résilié et aucun remboursement ne pourra être exigé par le stagiaire*

**Procédure d’inscription**

**Questionnaire des attentes en formation**

Prénom Nom

Profession

Poste actuel

***À remplir par le candidat***

Formation à la demande : du professionnel de l’encadrement

Comment avez-vous connu ACTIIF, Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?

Quels problématique ou besoin vous amène à participer à cette formation ?

Que connaissez-vous de l’hypnose et des thérapies brèves ?

Quelles formations avez-vous déjà suivi ? Quand et par qui ?

Quels sont vos objectifs en participant à cette formation (attentes, besoins, compétences à acquérir) ?

Comment allez-vous mettre en pratique les outils d’hypnose et thérapies brèves dans votre pratique professionnelle ?

***À remplir – le cas échéant- par le responsable de service ou encadrant hiérarchique***

Comment cette formation peut-elle s’inclure dans le projet de service ?

Des personnels de l’équipe sont-ils déjà formés, à quel modèle /approche sont-ils formés et par qui ?