



LIEU DE LA FORMATION : .....

DATE DE LA FORMATION : .....

**NIVEAU II**

## FORMATION INITIALE EMDR EUROPE...

### BULLETIN D'INSCRIPTION

MME       MR

NOM & PRÉNOM : .....

PROFESSION & TITRE : .....

ADRESSE POSTALE : .....

TÉLÉPHONE : ..... PORTABLE : .....

COURRIEL : .....

LIEU D'EXERCICE : .....

TYPE D'EXERCICE :  INSTITUTION       CABINET      N° SIRET : .....

FINANCEMENT INDIVIDUEL - ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFÉRENTE DE VOTRE CHÈQUE : .....

FINANCEMENT INSTITUTIONNEL - ADRESSE DE L'ORGANISME PRENANT EN CHARGE LA FORMATION : .....

RESPONSABLE DU DOSSIER : .....

TÉL. : ..... E-MAIL : .....

Je soussigné(e) atteste avoir pris connaissance des informations et conditions stipulées dans la présentation de la formation et souhaite m'inscrire à la FORMATION INITIALE EMDR EUROPE - NIVEAU II

LIEU :

DATE :

SIGNATURE :

Toutes ces informations sont destinées à l'École Française de Psychothérapie EMDR. Elles peuvent être transmises à l'Association EMDR France. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

Pour exercer votre droit, conformément à l'article 34 de la loi informatique et liberté, écrire directement à l'école : [efpe.info@gmail.com](mailto:efpe.info@gmail.com)

DOSSIER D'INSCRIPTION COMPRENANT :

- Le bulletin d'inscription complété et signé
- Copie de la fiche de suivi
- Attestation sur l'honneur de pratiques de retraitement EMDR avec au moins 3 patients

UN LIEN DE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE CONVENTION, SERA ENVOYÉ PAR MAIL, SUITE À VOTRE INSCRIPTION.

**ENVOYER VOTRE DOSSIER PAR MAIL À : [efpe.info@gmail.com](mailto:efpe.info@gmail.com)**

LE NOMBRE DE PLACE ÉTANT LIMITÉ, L'INSCRIPTION SERA VALIDÉE PAR ORDRE D'ARRIVÉE DES DOSSIERS COMPLETS. INSCRIPTION EFFECTIVE APRÈS LES 10 JOURS LÉGAUX DE RÉTRACTATION.



EMDR FORMATION - EFPE

11 RUE MATABIAU - BÂTIMENT B - 31000 TOULOUSE - 06 88 98 08 25 - MAIL : [efpe.info@gmail.com](mailto:efpe.info@gmail.com) - [www.efpe.fr](http://www.efpe.fr)

N° SIRET : 814 870 598 00012 - N° DE FORMATEUR : 11 75 54209 75