



LIEU DE LA FORMATION : .....

DATE DE LA FORMATION : .....

# MASTERCLASS UDI OREN CLINIQUE DE LA SUPERVISION EMDR...

## BULLETIN D'INSCRIPTION

MME       MR

NOM & PRÉNOM : .....

PROFESSION & TITRE : .....

ADRESSE POSTALE : .....

TÉLÉPHONE : ..... PORTABLE : .....

COURRIEL : .....

LIEU D'EXERCICE : .....

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

FORMATION INDIVIDUELLE - ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFÉRENTE DE VOTRE CHÈQUE : .....

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

RESPONSABLE DU DOSSIER : .....

TÉL. : ..... E-MAIL : .....

FORMATION EMDR INITIALE :

NIVEAU I : DATES : ..... FORMATEUR EMDR EUROPE : .....

NIVEAU II : DATES : ..... FORMATEUR EMDR EUROPE : .....

SUPERVISEURS EMDR EUROPE : .....

DATE D'ACCRÉDITATION ET NOM DU SUPERVISEUR EMDR EUROPE : .....

SÉMINAIRES EMDR SUIVIS EN FORMATION CONTINUE : .....

Je soussigné(e) atteste avoir pris connaissance des informations et conditions stipulées dans la présentation de la formation et souhaite m'inscrire à la MASTERCLASS UDI OREN - CLINIQUE DE LA SUPERVISION EMDR

LIEU : ..... DATE : ..... SIGNATURE : .....

Toutes ces informations sont destinées à l'Ecole 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
- Une photo d'identité
- Le règlement de ..... (chèque à l'ordre de : EMDR FORMATION)

ENVOYER VOTRE DOSSIER À L'ADRESSE SUIVANTE : EFPE - 11 RUE MATABIAU - BÂTIMENT B - 31000 TOULOUSE

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, CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.