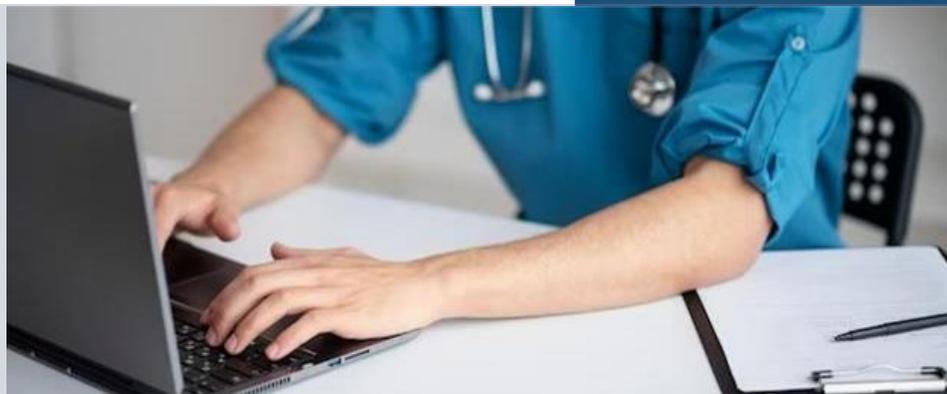


Formulaire d'inscription



*Merci de coller
votre photo ici
(photo d'identité de face
Format passeport)*

Identité

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Contact d'urgence

NOM et Prénom :

Téléphone :

Email :

Situation

- Médecin ou spécialiste
- Maïeuticien.ne
- Kinésithérapeute
- Infirmier.e
- Aide-soignant.e
- Enseignant en activités physiques adaptées

Formation concernée

Merci de remplir un formulaire par formation

EduA1 : a b c d e f

EduA2 : a b c d

EduA3 : a b

Règlement de la formation

Prix : **Arrhes (30 % min) :** **Règlement total :**

Pour les paiements par chèque : banque : Numéro de chèque :

Autofinancement DPC Organisme collecteur Financement par mon entreprise

Je souhaite recevoir Une convention de formation

Une facture (sous réserve de la totalité du paiement)

Nom et adresse de facturation :

.....

.....

Pour les établissements de santé, merci de nous contacter par mail à m.hanechi@medicina-sante.fr

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) déclare

- exactes, les informations transmises à Educina,
- avoir pris connaissance et accepté : le planning de formation, le livret d'accueil, les conditions générales de vente, la convention de formation (le cas échéant),
- fournir tous les documents justificatifs nécessaires à mon inscription selon ma situation (cf. livret d'accueil page 14),
- avoir compris que mon inscription sera validée par l'équipe pédagogique avant d'être définitive.

Fait à :

Le :

Dr Luc Fontaine
Président-fondateur du Groupe Medicina

Le/la stagiaire
Signature précédée de la mention
"Lu et approuvé"

Formulaire d'inscription et pièces justificatives à compléter, signer, et envoyer par voie postale ou mail à :

Medicina – Educina
Mme Valérie Mazars de Mazarin
64 avenue Rockefeller
69008 Lyon
v.mazars@medicina-sante.fr