

MADAME MONSIEUR

Prénom : Nom :

Date de naissance : Tel :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email :

Antécédents médicaux / traitements en cours :

Commentaires (besoins, attentes de la formation) :

.....

FORMATION(S) SOUHAITÉE(S)

Nom de la formation	Date de début	Date de fin	Tarif en €

FINANCEMENT

Le paiement de la formation se fera :

Par virement bancaire

Par chèque

Nom de signataire :

Le :

Signature :

Merci de nous renvoyer le bulletin d'inscription rempli et signé à l'adresse mail formationtuina@gmail.com pour valider votre inscription.