

Demande d'un certificat de qualification professionnelle

Coordonnées professionnelles

Nom du cabinet ou du centre	
-----------------------------	--

Titre	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame
Nom		
Prénom		

Adresse :		
N° postal :		Lieu :
Département :		Pays :
Téléphone :		Fax :
Portable :		Email :
Site internet :		

Adresse de correspondance (si différente de ci-dessus) :

Rue :		
Lieu :		N° postal :

Techniques thérapeutiques pratiquées et écoles de formation suivies

Thérapie : _____	Nbre d'heures : _____
Nom de l'école : _____	Responsable : _____
Adresse & lieu : _____	
N° Tél : _____	email : _____ Site : _____
Thérapie : _____	Nbre d'heures : _____
Nom de l'école : _____	Responsable : _____
Adresse & lieu : _____	
N° Tél : _____	email : _____ Site : _____
Thérapie : _____	Nbre d'heures : _____
Nom de l'école : _____	Responsable : _____
Adresse & lieu : _____	
N° Tél : _____	email : _____ Site : _____

 Depuis quelle année pratiquez-vous _____ Plein temps temps partiel

 Faites-vous partie d'une association professionnelle ? Oui Non

Si oui laquelle : _____

Date : _____

Signature : _____

Cette demande est à adresser avec copie des diplômes ou certificats ainsi qu'un chèque de

€ 60.00

à