



FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE D'UNE FORMATION ANNUELLE

ANNEE SCOLAIRE DE FORMATION **2020/2021**

1ERE ANNEE : ETUDE DE L'ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, SEMILOGIE DU CORPS HUMAIN

Prérequis : La formation s'adapte à tous les niveaux, il n'y a donc aucun prérequis pour y participer

Je désire m'inscrire auprès de l'organisme de formation :

SASU **CHÉNG XÌN** - 162 Route du Villard - 74410 SAINT JORIOZ.

à la formation annuelle suivante :

CODE FORMATION PARTIEL : **P20_2020_ECH_A1_**

LIBELLE : **1ère année : Etude de l'anatomie, physiologie, sémiologie du corps humain**

NOMBRE DE JOURS DE FORMATION : **16**

NOMBRE D'HEURES DE FORMATION : **112**

COUT DE LA FORMATION TTC : **1630 €** (une remise de 150 € sera accordée, pour absence de frais de dossier, en cas de financement sur fonds propres ou par un tiers payeur personne physique)

Je choisis une ville de rattachement :

Annecy

Grenoble

MES INFORMATIONS CANDIDAT

(Informations utiles à la rédaction des documents contractuels et à l'étude des financements extérieurs possibles)

CODE STAGIAIRE : (à compléter par l'Ecole)

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL et VILLE :

ADRESSE MAIL :

DATE DE NAISSANCE :

PROFESSION :

NUMERO DE PORTABLE :

PRECISER LES BESOINS SPECIFIQUES EN CAS DE HANDICAP :



NOM et PRENOM :

Je suis entrepreneur ou autoentrepreneur :

INDEPENDANT / MICRO-ENTREPRENEUR / GERANT DE VOTRE SOCIETE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artisan, chef d'entreprise inscrit au répertoire des métiers (RM) et autoentrepreneur | <input type="checkbox"/> Commerçant et dirigeant non salarié du commerce, de l'industrie et des services |
| <input type="checkbox"/> Profession libérales | <input type="checkbox"/> Exploitant agricole et chef d'exploitation forestière |
| <input type="checkbox"/> Profession libérales médicales | <input type="checkbox"/> Professionnel de la pêche : conchyliculteur, chef d'entreprise de cultures marines |
| <input type="checkbox"/> Artiste auteur | |
| <input type="checkbox"/> Entrepreneur | |

PROFESSION LIBERALE

PROFESSION LIBERALE MEDICALE

Je suis un particulier

- Demandeur d'emploi Autre :

Je suis salarié

- mon entreprise compte moins de 50 salariés : Mon entreprise compte plus de 50 salariés
 Je connais mon OPCO :

Informations sur l'employeur

NOM COMPLET DU TIERS PAYEUR :	.....
Type (Association, SARL, SAS, ...) :	.....
ADRESSE :	.....

CODE POSTAL et VILLE :	.....
PAYS :	.....
TELEPHONE :	.....
SIRET :	.....
CODE NAF OU APE	.....
IDCC (Convention collective)	.....
N° TVA :	.....
N° RNA (association):	.....
NOM DU RESPONSABLE	.....
E-MAIL DU RESPONSABLE	.....
TELEPHONE DU RESPONSABLE	.....
VOTRE FONCTION DANS L'ENTREPRISE	.....

Je dispose d'un CPF (utilisable pour un module de « création d'entreprise »)



FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE D'UNE FORMATION ANNUELLE

CODE FORMATION PARTIEL : **P20_2020_MTC_A1**

NOM et PRENOM :

SOURCES DE FINANCEMENT

(plusieurs choix possibles)

Par fonds propres*

Le Stagiaire prend en charge tout ou partie du financement de la formation. Un contrat de formation sera édité grâce aux informations indiquées précédemment

Montant de la prise en charge€

Par un tiers payeur personne physique

Le Tiers-payeur tel que mentionné ci-dessous sera désigné comme partie au contrat de formation. Il s'engage à prendre en charge le coût de la formation effectuée par le Stagiaire à hauteur du montant indiqué ci-dessous. Il désigne le Stagiaire comme étant le bénéficiaire de toutes les prestations délivrées par l'Ecole. Le Tiers-payeur doit être expressément désigné ci-après pour qu'une facture soit éditée à son nom pour le montant désigné ci-dessous.

NOM	.....
PRENOM	.....
ADRESSE :	..... ..... .....
CODE POSTAL et VILLE :	.....
PAYS :	.....
TELEPHONE :	.....

Montant de la prise en charge€

Par l'employeur (personne morale)

L'employeur tel que mentionné en page 2, sera désigné comme partie dans la convention de formation. Il s'engage à prendre en charge le coût de la formation effectuée par le Stagiaire à hauteur du montant indiqué ci-dessous. Il désigne le Stagiaire comme étant le bénéficiaire de toutes les prestations délivrées par l'Ecole. Le Tiers-payeur doit être expressément désigné pour qu'une facture soit éditée à son nom pour le montant désigné ci-dessous.

Montant de la prise en charge€



FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE D'UNE FORMATION ANNUELLE

CODE FORMATION PARTIEL : **P20_2020_MTC_A1**

NOM et PRENOM :

SOURCES DE FINANCEMENT (suite):

Autres sources de financements extérieurs (FAF, OPCO, etc...) **

Le secrétariat pourra vous conseiller selon les informations fournies en page 2

Pour ce type de financements le stagiaire prend en charge le financement de sa formation et se fait rembourser par le ou les organismes et/ou la mesure de financement sollicitée.

Il doit cependant désigner l'organisme de financement comme Tierce partie à la convention de formation professionnelle.

TYPE DE FINANCEMENT	NOM DE L'ORGANISME OU DE LA MESURE SOLLICITE	MONTANT EN € DE LA PRISE EN CHARGE
<input type="checkbox"/> OPCO * (OPérateur de COmpétences)		
<input type="checkbox"/> FAF * (Fond d'Assurance Formation)		
<input type="checkbox"/> CPF * (Compte Personnel de Formation)		<i>utilisable pour un module de « création d'entreprise »</i>
<input type="checkbox"/> AIF* (Aide Individuelle à la Formation)		
<input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser).....)		

Information relatives à la Tierce partie à désigner sur la convention de formation professionnelle

NOM DE LA TIERCE PARTIE	.....
ADRESSE :	.....

CODE POSTAL et VILLE :	.....
PAYS :	.....
TELEPHONE :	.....
SIRET :	.....
NOM DU CONTACT	.....
E-MAIL DU CONTACT	.....
TELEPHONE DU CONTACT	.....



FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE D'UNE FORMATION ANNUELLE

CODE FORMATION PARTIEL : **P20_2020_MTC_A1**

NOM et PRENOM :

FINALISATION DE MA CANDIDATURE

- Je transmets ma candidature en retournant mon dossier complet, comprenant l'ensemble des documents suivants :

Une photo d'identité

Le présent formulaire d'inscription dûment complété et signé

Un CV et une lettre de motivation

Chèque d'arrhes à l'ordre de CHÉNG XÌN

230 €

- Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les Conditions générales de vente* de l'Ecole de Médecine Chinoise et de Qi Gong - CHÉNG XÌN
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepter le Règlement Intérieur de l'Ecole de Médecine Chinoise et de Qi Gong - CHÉNG XÌN *
- Je reconnais avoir pris connaissance du programme de ladite formation*

Cette candidature sera étudiée dès réception de ce formulaire dûment rempli, signé, daté et accompagné de l'ensemble des pièces requises.

La date limite de dépôt des candidatures est le **20 août 2020**.

Toute inscription sera effective sous réserve d'acceptation du dossier et d'un nombre suffisant d'inscrits ou de places disponibles et uniquement après signature ultérieure d'un contrat ou d'une convention de formations professionnelle

Signature manuscrite obligatoire

Précédée de « **lu et approuvé** »

Fait à

Le

J'adresse mon dossier complet par voie postale à :

* documents disponibles en annexe et/ou sur le site internet de l'Ecole et/ou au secrétariat de l'Ecole

SASU CHÉNG XÌN
162 Route du Villard
74410 SAINT JORIOZ