

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Informations personnelles

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Ligne adresse	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Situation professionnelle actuelle	<input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle

## Situation professionnelle

[Section réservée aux personnes en activité et aux demandeurs d'emploi]

Statut	<input type="checkbox"/> Salarié et travailleur indépendant (ex : salarié et auto-entrepreneur)	<input type="checkbox"/> Salarié du secteur privé	<input type="checkbox"/> Salarié de la fonction publique		
	<input type="checkbox"/> Travailleur indépendant (ex : profession libérale, gérant)	<input type="checkbox"/> Auto-entrepreneur	<input type="checkbox"/> Activité associative		
	<input type="checkbox"/> En recherche d'emploi				
Profession	<input type="text"/>				
Catégorie professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Artisan	<input type="checkbox"/> Retraité
	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	<input type="text"/>		



Joindre à votre dossier d'inscription les photocopies des documents attestant de vos activités professionnelles :

- Siret
- déclaration Urssaf
- déclaration de l'enregistrement de l'association
- attestation d'employeur
- tout autre pièce attestant de votre situation professionnelle telle que décrite dans le tableau ci-dessus

## Votre cursus de formation

[De votre formation / diplôme / certification / stage le plus récent au plus ancien]

	Année	Intitulé	Organisme de formation / établissement
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			



Joindre à votre dossier d'inscription les photocopies des certifications en votre possession.



## Vos motivations

---

*[Décrire en 1 page maximum vos motivations à suivre une formation : pourquoi cette formation en particulier, quelles sont vos attentes, les raisons de votre choix du Centre Christine Robert, etc.]*



## Choix de la formation et des dates

Réf	Intitulé	Choix date AAAA - MM - JJ (indiquer la date de début de la formation)
<input type="checkbox"/> RPL	Réflexologie plantaire	
<input type="checkbox"/> RPL1	Le drainage des émonctoires pour la prévention en santé	
<input type="checkbox"/> RPL2	Les 5 éléments pour la gestion du stress	
<input type="checkbox"/> RPL3	Le plexus pour la prévention en santé	
<input type="checkbox"/> RPA	Réflexologie palmaire	
<input type="checkbox"/> RDO	Réflexologie dorsale	
<input type="checkbox"/> RFC	Réflexologie faciale et crânienne	
<input type="checkbox"/> RPO	Qualification Oncologie et Réflexologie	
<input type="checkbox"/> RESPA	Réflexologie Spa & Esthétique	
<input type="checkbox"/> MSHI	Shiatsu visage et tête	
<input type="checkbox"/> MCNT	Massage du ventre : initiation au Chi Nei Tsang et massage détox	
<input type="checkbox"/> MDET	Massage détox du ventre	
<input type="checkbox"/> MAMM	Massage Assis Amma	
<input type="checkbox"/> MKNA	Les Points Knap	
<input type="checkbox"/> MCAL	Massage californien	



Réf	Intitulé	Choix date AAAA - MM - JJ (indiquer la date de début de la formation)
<input type="checkbox"/> MSP	Massage musculaire sportif type suédois	
<input type="checkbox"/> MAFE	Massage de la femme enceinte	
<input type="checkbox"/> AUR	Auriculothérapie	
<input type="checkbox"/> POS	Posturologie	
<input type="checkbox"/> PHY	Physiologie Corps Humain	
<input type="checkbox"/> ANAT	Initiation à l'Anatomie Palpatoire	
<input type="checkbox"/> FDB	Fleurs De Bach	
<input type="checkbox"/> HVA	Hygiène vitale et hygiène alimentaire	
<input type="checkbox"/> PSC	Prévention Secours civique de niveau 1	




## Récapitulatif

---


Joindre à votre dossier dûment rempli :

- les pièces attestant de votre situation professionnelle
- les documents attestant de votre cursus de formation
- le règlement de l'acompte, par chèque **libellé à l'ordre de CHRISTINE ROBERT**

L'ensemble est à communiquer par voie postale à :



CENTRE DE FORMATION CHRISTINE ROBERT  
Pôle Médical  
65 Rue Grange Magnien  
01960 Péronnas



Seuls les dossiers d'inscription reçus par voie postale sont traités. Ne pas transmettre votre demande d'inscription par email !

Date et Signature



Merci de cocher les deux conditions suivantes :

- Je déclare avoir pris connaissance et agréer à la Politique de confidentialité du Centre de formation Christine Robert (<https://www.formation-christine-robert.com/politique-de-confidentialite/>)
- Je m'engage sur l'exactitude des informations transmises dans le présent dossier d'inscription

