



**CENTRE INTERNATIONAL DE
PSYCHOSOMATIQUE
RELATIONNELLE**

Recherche, Formation, Edition

Bulletin d'inscription

FORMATION

.....

.....

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Fax : E-mail :

Profession :

Organisme :

FORMATION ANNEE :

Règlement :

Si formation prise en charge par l'employeur :

Nom de l'employeur

Adresse

Code/postal – localité

Tel

Email