



BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION AU 1ER CYCLE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOPHROLOGIE CAYCEDIENNE

COORDONNÉES

Civilité : <input type="checkbox"/> Docteur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom :	Prénom :
Date naissance :	
Profession actuelle (pour les demandeurs d'emploi précisez votre ancien métier) :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Région / Département :	Pays :
Téléphone :	Portable :
E-mail :	Site Web :

NIVEAU ÉTUDES

Niveau I et II	Niveau III	Niveau IV
<input type="checkbox"/> Licence	<input type="checkbox"/> DUT	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général
<input type="checkbox"/> Maîtrise	<input type="checkbox"/> BTS	<input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique
<input type="checkbox"/> Master	<input type="checkbox"/> DEUG	<input type="checkbox"/> Baccalauréat professionnel
<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> Ecoles de formations sanitaires ou sociales	<input type="checkbox"/> Brevet professionnel
<input type="checkbox"/> DESS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Doctorat		
<input type="checkbox"/> Grande école		
<input type="checkbox"/> Diplôme d'État (préciser)		
Niveau V	Niveau VI	
<input type="checkbox"/> CAP	<input type="checkbox"/> CEP - Certificat d'études primaires	
<input type="checkbox"/> BEP	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Autre		

DOMAINE PROFESSIONNEL

<input type="checkbox"/> Art	<input type="checkbox"/> Informatique-MultiMedia
<input type="checkbox"/> Biologie-Chimie-Physique	<input type="checkbox"/> Médecine-Santé
<input type="checkbox"/> Commerce-Services	<input type="checkbox"/> Média-Communication
<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Social-Sciences Humaines
<input type="checkbox"/> Economie-Administration	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> Enseignement	<input type="checkbox"/> Transports
<input type="checkbox"/> Environnement	<input type="checkbox"/> Technique
<input type="checkbox"/> Hôtellerie-Tourisme	<input type="checkbox"/> Autre :

FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

<input type="checkbox"/> Financement propre	<input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> OPCA
---	-------------------------------------	-------------------------------

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA SOPHROLOGIE CAYCEDIENNE OU SOFROCAJ

<input type="checkbox"/> Relation personnelle	<input type="checkbox"/> Site de l'Académie de Sophrologie Caycédienne de Paris
<input type="checkbox"/> Ancien élève ou élève en formation	<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux Sofrocay (préciser)
<input type="checkbox"/> Sophrologue	<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux de l'Académie (préciser)
<input type="checkbox"/> Presse écrite (préciser)	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Presse audiovisuelle (préciser)	
<input type="checkbox"/> Site Sofrocay	

SESSION DE FORMATION :

<input type="checkbox"/> WEEKEND	<input type="checkbox"/> SEMAINE	DATE :
----------------------------------	----------------------------------	--------

JE SOUHAITE RECEVOIR LA NEWSLETTER DE L'ACADEMIE :

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

Bulletin à renvoyer à l'attention de Sophie Grauss :

Par courrier à : Académie de Sophrologie Caycédienne de Paris - 140 bis rue de Rennes 75006 PARIS, France - Tél. : 06 03 73 10 58

Ou par mail à : sophrocaycedienneparis@gmail.com

Date :

Signature :