

DEMANDEUR

 MADAME

 MONSIEUR

Prénom : Nom :

Date de naissance : Age : Tel :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email :

 Profession : En activité : oui non

 Demandeur d'emploi : oui * non

Antécédents médicaux / traitements en cours :

FORMATIONS SOUHAITEES

Intitulés	Dates	Lieux

VOTRE DEMANDE

- Vous envisagez de financer vous-même la/les formations.
- Vous envisagez une demande de prise en charge :
Il est de votre ressort d'effectuer les démarches de demande de prise en charge auprès de(s) organisme(s) de financement dont vous dépendez et de respecter les délais exigés par eux.
Pour vous y aider, vous souhaitez :
- un devis pour la totalité des formations figurant au recto de ce document
 un rendez-vous : merci de nous contacter au 01 44 82 51 29

Vous connaissez l'organisme de financement / OPCA dont vous dépendez :

Nom :

Adresse:

Téléphone :

Nom du contact :

Email :

Vous êtes :

- une entreprise individuelle
(auto-entrepreneur / micro-entreprise / eurl)
ou une profession libérale réglementée
- artisan
 salarié(e)
 demandeur d'emploi
 agent de l'Etat
 agent d'une instance Européenne
 autres à préciser



vosre demande est faite dans le cadre :

- du CIF (congé individuel de formation)
 du DIF (droit individuel à la formation)
 d'un plan de formation
 d'un financement par une région
 autre

Date :

Signature :

A RETOURNER A ou A APPORTER LORS DU RV
contact@biopulse-formationmassage.com
BIOPULSE, 12 rue St Sauveur, 75002 PARIS

Page 2