

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2018 - 2019
À RENVoyer À VOTRE RESPONSABLE DE RÉGION**

NOM Prénom

ADRESSE

TEL EMAIL

C'EST VOTRE PREMIÈRE INSCRIPTION

- FORMATION PREMIER CYCLE : pour bénéficier des tarifs préférentiels,
veuillez verser un chèque de 45 € de cotisation annuelle, à l'ordre de l'A.F.O.B.

VOUS RENOUEVEZ VOTRE INSCRIPTION

- FORMATION 1er CYCLE FORMATION 2nd CYCLE HORS FORMATION

INDIQUEZ LES SÉMINAIRES AUXQUELS VOUS VOUS INSCRIVEZ :

PREMIER et SECOND CYCLE

- | | | |
|---|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> JOURNEE INITIATION | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> PHASE 4 | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> PHASE 5 | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> PHASE 6 | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> CRÂNIEN | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> VISCÉRAL | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> RÉSIDENTIEL 1er CYCLE | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> RÉSIDENTIEL 2ème CYCLE | DATES | LIEU |

STAGES A THEME - 2° CYCLE

- | | | |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> CHAPMAN | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> POSTURE ET MARCHE | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> SYNDROMES POST-TRAUMATIQUES | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> TECH. PHASE 4 COMPLEMENTAIRES | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> SPECIAL DOS | DATES | LIEU |

FORMATION COMPLEMENTAIRE/TECHNIQUES ADDITIONNELLES

- | | | |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> O.B. EQUINE | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> ECOUTE ET COMMUNICATION | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> DIALOGUE INTERIEUR | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> FORMATION PRATICIEN TITULAIRE | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> FEMME ENCEINTE & NOUVEAU NÉ | DATES | LIEU |
| <input type="checkbox"/> PULSOLOGIE / VASCULAIRE | DATES | LIEU |

DATE :

SIGNATURE :