

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2022 - 2023

Les inscriptions et règlements sont à envoyer directement à l'enseignant ou l'organisateur concerné

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Tél ..... 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 RENOUVELEZ 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 DECOUVERTE     | 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"/> ART DU MOUVEMENT                | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> APPROCHES SYNDROMES POST-TRAUMA | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> ANATOMIE PALPATOIRE             | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> TECHN. COMPLEMENTAIRES PH 4     | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> YEUX                            | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> SPECIAL DOS                     | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> PH 4 APPROFONDIE ET PATHOLOGIE  | DATES ..... | LIEU ..... |
| <input type="checkbox"/> PELVIS                          | DATES ..... | LIEU ..... |

### FORMATION COMPLEMENTAIRE/TECHNIQUES ADDITIONNELLES (O.B Equine, Femme enceinte, Atelier....)

Nom de la formation .....

Dates ..... Lieu .....

Nom de la formation .....

Dates ..... Lieu .....

Nom de la formation .....

Dates ..... Lieu .....

Nom de la formation .....

Dates ..... Lieu .....

DATE :

SIGNATURE :