ANFE
ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHERAPEUTES

Envoi par courrier à :
ANFE 64 rue Nationale
CS 41362 - 75214 Paris Cedex 13

Accompagné d'un chèque d'acompte de 30%
(à défaut une attestation de prise en charge, pour les établissements publics uniquement)

OU envoi par mail à :
sfc.secretariat@anfe.fr

Accompagné d'une attestation de prise en charge pour les établissements publics *ou envoi du chèque d'acompte de 30 % par courrier en précisant la référence de la session de formation et les nom et prénom du stagiaire*

Compléter le pdf en version numérique (Outils/Remplir et signer)

OU Préinscriptions en ligne :
http://www.anfe.fr/s-inscrire

Préinscription en ligne à confirmer ensuite par courrier
avec un chèque d'acompte de 30 % ou par email
avec attestation de prise en charge (établissements publics)

BULLETIN D'INSCRIPTION **INDIVIDUELLE 2020**

FORMATION CONTINUE ANFE

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :
sfc.secretariat@anfe.fr
OU 01 45 84 33 21 OU www.anfe.fr

Organisme enregistré sous le n°11754874075.
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État.

NUMERO ODPC : 1368 (organisme habilité à dispenser des programmes DPC pour les Ergothérapeutes et Masseur-Kinésithérapeutes Français)

DATADOCK n° 0026657 - N° Siret : 309 065 050 00077 - APE 8559A – Association déclarée Loi 1901
Organisme de formation certifié AFNOR NF Service Formation (NF214)

RÉFÉRENCES DE LA FORMATION Code Produit et N° session : .....
Titre : .....
Dates : ..... Coût en euros TTC* : .....
*** MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE - SUPPORT PÉDAGOGIQUE :** *Si le coût de la formation inclut du matériel ou des supports pédagogiques, généralement nécessaires pour la pratique, souhaitez-vous le déduire (si le service le possède déjà)?* ☐ *Oui* ☐ *Non*
*** LE TARIF ADHÉRENT** *ne s'applique qu'aux Ergothérapeutes ayant renvoyé un bulletin d'adhésion de la même année et ayant versé une cotisation à la date de signature de la convention.*

FINANCEUR ☐ Établissement ☐ Particulier ☐ Professionnel libéral
Type : ☐ Public ☐ Privé ☐ Autre (OPCO…) : .....
Raison sociale / Nom Prénom : .....
Adresse postale de facturation : .....
.....
Nom Prénom du Directeur de l'Établissement ou du signataire de la convention : .....
.....
Mode de confirmation du financement de la formation : ☐ Versement d'un acompte de 30 % du coût du stage
Mode de versement précisant la référence de la formation et les nom/prénom du stagiaire : ☐ Chèque ou ☐ Virement
☐ Attestation de prise en charge (établissement public uniquement)

RÉFÉRENT ADMINISTRATIF DE LA FORMATION (responsable formation, RH, secrétaire de direction)
Nom Prénom : .....
Fonction : ..... Tél : .....
Email (obligatoire pour l'envoi de la convention et la convocation) : .....
Adresse postale d'envoi de la facture et des attestations si différente du financeur : .....
.....

STAGIAIRE Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... Profession* : .....
Tél : ..... Email (obligatoire pour le suivi DPC) : .....
N° Sécurité Sociale + clé : ..... N° ADELI ou RPPS : .....
Date et lieu de naissance : .....
Mode d'exercice dominant : ☐ Salarié ☐ Libéral ☐ Mixte ☐ Service de santé des armées
Adhérent ANFE : ☐ Oui ☐ Non N°Adhérent ANFE : .....
* *L'ANFE se réserve le droit de demander la communication du diplôme du stagiaire et de refuser l'accès de certaines formations aux professionnels ne correspondant pas au public ciblé sur le programme.*

Par ma signature, j'accepte les modalités d'inscription, d'annulation et de report des formations mentionnées dans le catalogue ANFE.
Fait à ....., le ..... Signature et Cachet :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ANFE pour traiter votre inscription en formation continue. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au Service Formation Continue de l'ANFE. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant sfc.secretariat@anfe.fr