

# Bulletin d'inscription

AFCMS - 403 rue Marcel Demouque - BP 51278 – 84911 AVIGNON Cedex

Nom-Prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Diplôme(s) et année(s) \_\_\_\_\_

Numéro ADELI \_\_\_\_\_ (obligatoire)

Exercez-vous en tant que :  Ostéopathe  Kinésithérapeute  Médecin

*(Cochez les cases concernées)*

**Je m'inscris au stage suivant (et verse un acompte de 162 €)**

-

**Je m'inscris au pack \_\_\_\_ stages (renseigner le nombre de stages et nommer les stages choisis ci-dessous) :**

-

-

-

-

-

-

-

-

*(Les 3 rubriques suivantes sont obligatoirement renseignées.)*

**Je verse un acompte de 162 €**

**Je reconnais avoir pris connaissance des conditions financières et je les accepte.**

**Je certifie être ostéopathe D.O. enregistré ADELI et que ma responsabilité civile professionnelle est à jour.**

**Date :**

**Signature :**