

Fiche d'inscription à la formation en deuil périnatal



Académie internationale du deuil périnatal

Dates de la formation choisie : ___ + ___ / ___ /2024 + ___ / ___ /2024
+ Pack complet : du _____ au _____

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	Pays :
Code postal :	Téléphone :
Courriel :	Date de naissance :
Pour l'Europe uniquement :	Assujetti à la TVA ? non / oui Si oui, numéro :
Pour la Belgique uniquement :	Numéro national :
Autre nom/adresse de facturation ?	Si oui :
Comment avez-vous connu La Voie d'Isis ? : <input type="radio"/> par le site de Bedon Zen <input type="radio"/> par Instagram <input type="radio"/> par Facebook	<input type="radio"/> par un·e professionnel·le - préciser si possible : <input type="radio"/> par une connaissance <input type="radio"/> par un autre canal - préciser si possible :
Quel est votre profession actuelle :	
Je m'engage à payer le montant total (pour les trois jours) de :	

Gestion des données personnelles (RGPD)

(veuillez cocher)

J'ai pris connaissance du document concernant la gestion des données personnelles et j'en accepte les termes.

Accord de confidentialité

(veuillez cocher)

J'ai dûment rempli le document concernant la confidentialité dans le contexte de la présente formation et je m'engage à le respecter.

Conditions d'inscription

(veuillez cocher)

Je comprends les conditions d'inscription à la formation et j'en accepte les termes.

Autorisation de citation

Dans le cadre de la promotion des activités et formations de L'Académie & La Voie d'Isis, pour le site web, les pages de médias sociaux ou tout autre outil promotionnel, les commentaires d'appréciation de personnes ayant utilisé nos services nous sont précieux. Dans ce but, nous collectons des témoignages qu'il nous est possible d'utiliser, tout en préservant la confidentialité (nous ne citons que le prénom). Cependant, avant toute utilisation de commentaires de participant·e-s à propos de la formation, nous avons besoin de leur autorisation.

Acceptez-vous que nous utilisions vos commentaires à propos de votre expérience de formation avec L'académie AIDP ?

Je refuse

J'accepte

Signature : _____

Date : _____