



# Fiche inscription

## « TDC et Rééducation Top-Down »

Distanciel synchrone ou Présentiel

Tarif 2026-2027 Distanciel synchrone: 590€

Tarif 2026-2027 Présentiel: 690€ (Un surcoût de 80€ s'applique sur Paris)

Dates de la session:.....

Distanciel ou lieu de la session:.....

**Afin d'éviter les erreurs, je vous remercie de remplir cette fiche informatiquement plutôt que de manière manuscrite.**

Pour les libéraux qui font appel au FIF-PL, le distanciel synchrone est considéré comme du présentiel car la formation est en direct. (Important pour vos dossiers)

## Coordonnées personnelles du stagiaire

Prénom: .....

Nom: .....

Adresse postale: **(Utilisée uniquement pour l'envoi du support de cours avant la formation en distanciel synchrone)**

Code Postal: ..... Ville: .....

*(En raison de la récurrence des supports de cours des formations en distanciel synchrone non délivrés aux stagiaires salariés sur leur lieu de travail, si un deuxième envoi doit être réalisé, il sera facturé. Nous vous remercions de comprendre qu'il y a un impact écologique et financier à imprimer et à poster deux fois les supports de cours non distribués.)*

Téléphone (Important pour vous joindre en cas de besoin au dernier moment):

.....

Email **(Obligatoire pour l'accès à l'extranet du stagiaire)** (un mail personnel plutôt qu'un mail institutionnel simplifie les échanges en limitant les blocages de mails adressés depuis Digiforma, le progiciel utilisé lors de la formation):

.....

Profession: ..... **(Joindre une copie de votre diplôme à cette fiche d'inscription)**

Formation Psychomot'

15 Rue de la Fon de Pessac  
33600 PESSAC

Contact

Nicolas Renouard  
+33(0)662013302

[formation.psychomot@icloud.com](mailto:formation.psychomot@icloud.com)

N° de déclaration d'activité

Formateur: 75331091833

Qualiopi: N° SCFQLP000266QLP 1

Siret: 47873023700060



[www.formation-psychomot.fr](http://www.formation-psychomot.fr)

## Coordonnées de l'établissement

Nom de l'établissement (Financier de la formation):

.....

Fonction, Prénom et Nom du représentant légal (Signataire du devis et de la convention de formation): .....

Email du représentant légal signant la convention et le devis électroniquement:

.....

Adresse de l'établissement : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Fonction, Prénom et Nom de la personne responsable de la formation (si différent du responsable légal): .....

Email (Responsable de la formation et facture si différent du responsable légal):

.....

N° de SIRET : .....

Nom de l'OPCO : .....

Nom et Mail de la personne suivant vos dossiers de financement:

.....

**Etat ou collectivité territoriale ou établissement public à caractère administratif : oui**   
**non**

Formation Psychomot'

15 Rue de la Fon de Pessac  
33600 PESSAC

Contact

Nicolas Renouard  
+33(0)662013302  
[formation.psychomot@icloud.com](mailto:formation.psychomot@icloud.com)

N° de déclaration d'activité

Formateur: 75331091833  
Qualiopi: N° SCFQLP000266QLP 1  
Siret: 47873023700060



[www.formation-psychomot.fr](http://www.formation-psychomot.fr)

## Prise en charge par l'employeur

Je soussigné(e),....., représentant légal de l'établissement ..... certifie que les frais de formation seront pris en charge par notre établissement au titre de la formation continue pour la formation « TDC et Rééducation Top-Down ».

Fait à : ..... Le : ..... Signature :  
Cachet de l'établissement :

- Financement d'État à terme échu.
- Financement à terme échu.
- Le règlement d'un acompte de 30% de la somme globale se fera par l'entreprise.

Le règlement de l'acompte est à réaliser après un délai légal de rétractation de 14 jours suivant la date de signature de la convention de formation professionnelle et il se fait après réception d'une facture de notre part.

L'inscription ne peut devenir définitive qu'à réception de l'accord de prise en charge par l'employeur et après la signature de la convention de formation professionnelle.

## Coordonnées professionnelles (Cabinet libéral)

Formation Psychomot'

15 Rue de la Fon de Pessac  
33600 PESSAC

Contact

Nicolas Renouard  
+33(0)662013302

[formation.psychomot@icloud.com](mailto:formation.psychomot@icloud.com)

N° de déclaration d'activité

Formateur: 75331091833

Qualiopi: N° SCFQLP000266QLP 1

Siret: 47873023700060



[www.formation-psychomot.fr](http://www.formation-psychomot.fr)

Adresse du cabinet : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Email (Envoi de tous les documents et connexion extranet):  
.....

N° de SIRET : .....

Numéro RPPS (ex Adeli) : .....

## Prise en charge particulière ou libérale

Je soussigné(e), ....., certifie vouloir m'inscrire à la formation « TDC et Rééducation Top-Down ».

Raison sociale: Profession libérale  Auto-entrepreneur  Particulier

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

- Je réglerai par chèque bancaire un acompte de 30% à l'ordre de Nicolas Renouard ou Formation Psychomot'.
- Je réglerai par virement bancaire un acompte de 30%.

Le règlement de l'acompte est à réaliser après un délai légal de rétractation de 14 jours suivant la date de signature de la convention de formation professionnelle et il se fait après réception d'une facture de notre part.

L'inscription ne peut devenir définitive qu'après la signature de la convention de formation professionnelle.

**Formation Psychomot'**

15 Rue de la Fon de Pessac  
33600 PESSAC

**Contact**

Nicolas Renouard  
+33(0)662013302  
[formation.psychomot@icloud.com](mailto:formation.psychomot@icloud.com)

N° de déclaration d'activité

Formateur: 75331091833  
Qualiopi: N° SCFQLP000266QLP 1  
Siret: 47873023700060