



# Fiche d'inscription

## Echelle DF-MOT: niveau 1

### Année 2026

Choix du lieu de formation: .....

Dates de la session:.....

Tarif par stagiaire:

- 1100€ (Module 1 en distanciel synchrone et module 2 en présentiel)
- 1000€ (Uniquement module 2 en présentiel)
  - Sur Paris des frais supplémentaires pour un montant de 100€ sont appliqués. En dehors de la France métropolitaine, il faut nous consulter pour les tarifs.

Avez-vous déjà effectué la formation initiale à la batterie NP-MOT avec Formation Psychomot' ?  
Le module 1 étant commun aux deux formations, il n'est pas obligatoire de le refaire sauf si le besoin est ressenti.

☐ Non (Module 1 et 2) ☐ Oui (Module 2) 3 jours en présentiel uniquement

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

## Coordonnées personnelles du stagiaire

Prénom: .....

Nom: .....

Adresse postale: (Utilisée uniquement pour l'envoi du support de cours du module 1)

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

*(En raison de la récurrence des supports de cours du module 1 en distanciel synchrone non délivrés aux stagiaires salariés sur leur lieu de travail, les supports seront dorénavant remis en mains propres lors du module 2 en présentiel si l'adresse postale du stagiaire n'est pas renseignée. 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 pour la formation):

.....

Profession: ..... (**Joindre une copie de votre diplôme**)

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

Id. DataDock: 0053296

Qualiopi: N° SCFQLP000266QLP

Siret: 47873023700060



## 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 ☐**



## 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 « Echelle DF-MOT: niveau 1 ».

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 le délai légal de rétractation suivant la signature de la convention de formation professionnelle.



## Coordonnées professionnelles (Cabinet libéral)

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 « Echelle DF-MOT: niveau 1 ».

Raison sociale: Profession libérale ☐ Auto-entrepreneur ☐ Particulier ☐

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

- ☐ Module 1 et 2: Je réglerai un acompte de 30%
- ☐ Module 2: Je réglerai 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 le délai légal de rétractation suivant 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

Id. DataDock: 0053296

Qualiopi: N° SCFQLP000266QLP

Siret: 47873023700060