

Module de formation et choix des dates

Formation Praticien en EFT, le Cycle de Spécialisation

Utilisation de la matrice structurée en 6 étapes

Nombre de jours : : 6 jours en e-learning + 6 jours en présentiel

Nombre d'heures :

DATES DU PRESENTIEL (Le parcours e-learning doit être impérativement réalisé avant les dates en présentiel pour chaque module)

Emotional Freedom Techniques (EFT), niveau 1

2j e-learning+ Choix de ma date : début fin début fin début fin
 12/05/25 13/05/25 29/09/25 30/09/25 - -
 Mode de participation Présentiel (Lille) X

Emotional Freedom Techniques (EFT), niveau 2

2j e-learning+ Choix de ma date : début fin début fin début fin
 17/11/25 18/11/25 - - - -
 Mode de participation Présentiel (Lille) X

Emotional Freedom Techniques (EFT), niveau 3

2j e-learning+ Choix de ma date : début fin début fin début fin
 04/12/25 06/12/25 - - - -
 Mode de participation Présentiel (Lille) X

Evaluation des besoins

Cette formation est faite :

- A la demande du participant A la demande de l'employeur

Quelles sont les attentes vis-à-vis de cette formation ? (plusieurs choix possibles)

- Acquérir de nouveaux outils dans le cadre de la profession
 Renforcer les outils et l'expertise dans le cadre de la profession
 Acquérir de nouveaux outils dans le cadre d'une reconversion ou d'un nouveau projet
 Acquérir de nouveaux outils à titre personnel (ex: gestion stress pro.)
 Développer le réseau professionnel
 Echanger sur le partage de l'expérience avec les confrères
 Autre (précisez) :

État civil du stagiaire

- Madame Monsieur

Prénom : Nom :

Profession (obligatoire) :

Mail du stagiaire (obligatoire) :

Téléphone du stagiaire (obligatoire) :

En cas de situation de handicap, SYMBIOFI recommande au stagiaire de signaler, dès son inscription, la nature de son handicap ainsi que ses besoins spécifiques, afin de l'accueillir dans des conditions optimales :

Financement

Le financement de cette formation est :

- à titre personnel
 par un OPCO (Précisez) :
 par France Travail
 par une institution / structure (Précisez ci-dessous) :

Raison sociale :

N° et Rue :

Code postal : Ville :

Siret :

Nom, Prénom du responsable :

Téléphone :

Professions libérales, individuels, structures < 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
-------------	---------	-----------------------------	---	---	----------------

OFFRE SIMPLE : je sélectionne ma formule tarifaire

Nombre de jours présentiel:	6
1 759,50 €	

<input type="checkbox"/>	Total jours : 6	1 759,50 €			1 759,50 €
<input type="checkbox"/>	avec la restauration*	1 759,50 €	180,00 €		1 939,50 €
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter**	1 759,50 €		490,00 €	2 249,50 €
<input type="checkbox"/>	avec la restauration*	1 759,50 €	180,00 €	490,00 €	2 429,50 €

Structures > 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
-------------	---------	-----------------------------	---	---	----------------

OFFRE SIMPLE : je sélectionne ma formule tarifaire

Nombre de jours présentiel:	6
2 524,50 €	

<input type="checkbox"/>	Total jours : 6	2 524,50 €			2 524,50 €
<input type="checkbox"/>	avec la restauration*	2 524,50 €	180,00 €		2 704,50 €
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter**	2 524,50 €		990,00 €	3 514,50 €
<input type="checkbox"/>	avec la restauration*	2 524,50 €	180,00 €	990,00 €	3 694,50 €

* Plateaux repas : 30 € TTC / jour / plateau

** Plateforme web d'e-psycho-santé: www.symbiocenter.com

abonnement 12 mois à toutes les ressources + nombre défini d'accès distanciels patients

TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis

Moyen de paiement

- Chèque à l'ordre de SYMBIOFI
 Virement bancaire

Code banque : 30027 Code guichet : 17012 Clé : 90 N° de compte : 00020173601
 BIC : CMCIFRPP Compte IBAN : FR76 3002 7170 1200 0201 7360 190

(Nom et prénom du stagiaire)

Je soussigné(e) :

avoir pris connaissance des prérequis du / des module(s) et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

(Nom de la ville)

A :

(Date)

Le :

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :

(Sign)