

## DEMANDE DE PRÉ-INSCRIPTION À LA FORMATION

**Pour vous inscrire, veuillez remplir sous format informatique ou en lettres MAJUSCULES, le formulaire et le renvoyer à l'adresse email : [secretariat.ig.institut@gmail.com](mailto:secretariat.ig.institut@gmail.com)**

\* : champ obligatoire

Nom\* : ..... Prénoms\* : .....

Date de naissance\* : ..... Lieu de naissance\* : .....

Profession exercée actuellement : ..... Demandeur d'emploi

Société : .....

Forme juridique : ..... SIRET : .....

Adresse de facturation : .....

Adresse personnelle\* : .....

Téléphone\* : ..... E-mail\* : .....

Je désire m'inscrire à IG INSTITUT® pour suivre :

### **La formation de certification de Praticien.ne en santé sexuelle et sexothérapie (310H) - cycle 1**

Qui aura lieu du ..... au ..... 2024 au prix de **3575 € + 60 €** (frais liés à l'enseignement à distance) => accès à la plateforme Klaxoon + jury d'examen + 3 supervisions compris.

### **La formation d'élargissement des compétences - cycle 2**

Titre : .....

Dates : ..... au ..... 2024 - Tarif : .....

Ci-joint mon règlement de 130 € correspondant aux frais de dossier administratifs :

Par virement bancaire RIB SASU ISABELLE GACE INSTITUT®

### **Je bénéficie d'une reconnaissance de la MDPH (joindre copie de votre RQTH) et souhaite bénéficier de l'étude de solutions de compensation pour suivre la formation.**

Je demande un entretien personnalisé en appel vidéo avec le référent handicap.

### **ENGAGEMENTS & CONFIDENTIALITÉ :**

J'accepte que les informations de la présente Demande soient traitées par l'organisme de formation afin que me soit envoyé.e les informations d'inscription et les documents obligatoires relatifs au bon déroulement de la formation.

J'accepte que ces informations soient conservées à l'issue de la relation contractuelle jusqu'au 31/12 de la 3<sup>e</sup> année à compter du dernier contact dans nos bases de données et de pouvoir exercer mon droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition à tout moment ([contact@isabellegace.com](mailto:contact@isabellegace.com)).

J'accepte que les classes virtuelles (et donc mon image, ma voix et mes données de connexion) soient enregistrées dans le cadre du suivi par l'organisme et les sessions en replay.

Je m'engage à ne pas divulguer, par écrit ou par oral, ni à diffuser par quelque mode que ce soit les supports audiovisuels et écrits ainsi que tout document transmis par les formateur-ric.e. sous peine de versement de dommages et intérêts.

Fait à ....., le.....

Signature (Précédée de la mention « Lu et approuvé ») :