

## ÉTAT CIVIL

---

Mademoiselle    Madame    Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Étudiant    Ostéopathe D.O.    Autres professions de santé \_\_\_\_\_

Année d'obtention du diplôme \_\_\_\_\_ Etablissement \_\_\_\_\_

PHOTO  
À COLLER  
*par l'étudiant*

## MODE DE REGLEMENT

<b>En 1 fois</b>	<b>2 400 €</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 chèque d'acompte de 140 €. Ce chèque sera encaissé à l'inscription.</li><li>• 1 chèque de 2 260 €. Ce chèque sera encaissé le 26 Octobre 2018.</li></ul>
<b>En 2 fois</b>	<b>2 500 €</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 chèque d'acompte de 140 €. Ce chèque sera encaissé à l'inscription.</li><li>• 1 chèque de 1 180 €. Ce chèque sera encaissé le 26 Octobre 2018.</li><li>• 1 chèque de 1 180 €. Ce chèque sera encaissé le 04 Janvier 2019.</li></ul>

- Tarifs valables pour une année et strictement applicables à la rentrée 2018-2019.
- Veuillez libeller vos chèques à l'ordre de : ATMAN TRAINING CENTER.

## PIECES A FOURNIR

- Le bulletin d'inscription 2018 dûment rempli.
- Le ou les chèques à remettre à l'inscription, correspondant aux modalités de paiement choisies.
- Pour les thérapeutes diplômés : une photocopie du diplôme.

<b>A envoyer :</b>	<b>Par courrier postal :</b>	<b>Par e-mail :</b>
	ATMAN Training Center 2575 Route des Crêtes BP 262 06905 Valbonne Sophia Antipolis Cedex	atc@atman.fr

## CALENDRIER ET HORAIRES DE LA FORMATION

### DATES

- 27, 28 Octobre 2018
- 17, 18 Novembre 2018
- 5, 6 Janvier 2019
- 16, 17 Février 2019
- 2, 3 Mars 2019
- 30, 31 Mars 2019
- 27, 28 Avril 2019
- 25, 26 Mai 2019

### HORAIRES

- Samedi : 8h30–12h30 et 13h30–17h30
- Dimanche : 8h30–12h30 et 13h30–17h30

- Je désire m'inscrire à la formation CESS Sport pour la rentrée scolaire 2018.

Date \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_

NOM, Prénom

Signature \*précédée de la mention « Lu et approuvé »