|  |  |
| --- | --- |
| FICHE DE PREMIÈRE INSCRIPTION(1)  **destinée à toute personne s’inscrivant pour la première fois à un stage EPG** | **Joindre une photo par mail.**  **Toutes les rubriques doivent être complétées.** |

**Nom de votre état civil :**

**Prénom de votre état civil :**

**Nom d’usage :**       **Prénom d’usage :**

**Adresse :**

**Date et lieu de naissance :**       **Nationalité :**

**Téléphone fixe :**       **Téléphone portable :**

**Tél. professionnel** (si vous exercez déjà en cabinet de thérapie) :

**E-mail\* :**

\* Je reconnais être informé que ce mode de communication sera utilisé et autorise l’EPG à m’envoyer des documents administratifs et pédagogiques par mail.

**Personne à prévenir en cas d’urgence :**

Nom :       Prénom :       Tél. :

**Activité professionnelle actuelle :**

**Secteur d’activité :**

|  |  |
| --- | --- |
| Agriculture et agroalimentaire  Industrie, Énergie, Recherche  Enseignement  Commerce, Transport  Artisanat, Spectacle, Arts  Tourisme | Activités financières  Activités immobilières  Éducation, Santé, Action sociale  Administration  Autre, préciser |

**Catégorie socio-professionnelle :**

Agriculteur, Exploitant  Artisan, Commerçant, Chef d’entreprise

Professions intermédiaires (instituteurs, fonctionnaires, employés administratifs,  
personnels de services, clergé)

Cadre, Professions intellectuelles supérieures

Employé  Ouvrier  Retraité  Étudiant  Autres, préciser

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Certaines informations sont utiles pour le suivi de votre cursus à l’EPG. D’autres sont obligatoires pour respecter les normes de la formation professionnelle.

Formation et diplômes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme** | **Dates** | **Diplômes obtenus (\*)** |
|  |  |  |

**(\*) Merci de joindre une copie de votre diplôme le plus élevé.**

**Avez-vous effectué un travail thérapeutique ?**  Oui (\*)  Non

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date début** | **Date fin** | **Organisme ou thérapeute** | **Méthode et rythme** | **Nb d’heures** | **Individuel ou groupe** |
|  |  |  |  |  |  |

**(\*) Merci de joindre vos attestations de thérapie.**

Analyse de vos besoins

Qu'attendez-vous de la formation ?

Que peut vous apporter cette formation dans votre vie professionnelle ?

Comment avez-vous connu l’EPG ?

|  |  |
| --- | --- |
| Votre thérapeute  Bouche à oreille  Presse  Salon/conférence | Internet  Autre formation  Autre, préciser |

Avez-vous des besoins spécifiques afin que nous puissions nous adapter ? (personnes en situation de handicap,…)  Oui *(préciser)*  Non

Avez-vous eu un entretien téléphonique ?  Oui  Non

*Si non, l'administration vous contactera.*

En soumettant cette fiche d'inscription, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées et traitées à des fins administratives et de communication interne et externe (newsletter, brèves d'infos etc.) par l’EPG.

|  |
| --- |
| Réservé à l'administration |
| L'élève est accepté à l'EPG  Oui  Non |
| Date et signature du responsable du parcours de formation |