|  |  |
| --- | --- |
| FICHE DE PREMIÈRE INSCRIPTION(1)**destinée à toute personne s’inscrivant pourla première fois à un stage EPG**  | **Joindre une photo par mail.****Toutes les rubriquesdoivent 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** | **Organismeou thérapeute** | **Méthode et rythme** | **Nb d’heures** | **Individuelou 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 |