Formulaire d'inscription Massage Drainant Lymphatique Brésilien

NOM

Prénom **Métier**

Adresse

Code Postale **Ville**

Téléphone **Email**

SITUATION	**Oui**	**Non**
1. Avez-vous déjà pratiquer le massage	◯	◯
2. Avez-vous un cabinet ?	◯	◯
3. Ce projet est-il une reconvertion professionnelle?	◯	◯
4. Pouvez-vous financer les 20 % d'accompte?	◯	◯

Termes et conditions de la formation

1. Etre présent les jours de formation
2. Respect des locaux
3. Accompte de 20% soit 110e
4. Règlement du solde de la formation le jour J

Date de formation choisie

◯ 24 & 25 Février 2027

◯ 31 Mars & 1er Avril 2027

Politique de consentement

◯ **J'accepte les termes et conditions de la formation**

Date **Signature**