SUPERVISION D'ÉQUIPE : ANALYSE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES CLINIQUES

Formatrice RUTH DE LA VEGA : Psychologue clinicienne

ÉTABLISSEMENT

Adresse:
.....
.....
Tel:Fax:
Email:

CONVENTION ET FACTURATION

Adresse:
.....
.....
Tel:Fax:
Email:

NOM PRÉNOM	QUALITÉ	EMAIL	ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

NOMBRE DE PERSONNES À FORMER	ADRESSE DU LIEU DE FORMATION	PÉRIODE SOUHAITÉE

DATES DE FORMATION

Supervision d'équipe - Analyse de pratiques professionnelles cliniques
Durée à définir au mois / au trimestre / à l'année / personnalisée

Document à remplir et renvoyer à sophie@intercamsp.fr
Pour plus de 5 inscrits sur une même structure, nous contacter.
Tarif inter-établissement sur devis

Nom¹ Le ... / ... / ...
Prénom À
Qualité Signature et Estampille²

1- Informations obligatoires

2- Par ma signature, je certifie avoir autorité pour inscrire le personnel désigné à l'action de formation précitée et accepte les termes des CGV des prestations InterCAMSP ci-jointes.