

**Organisme de formation**  
**Marjorie CARREAU**

N° 52 44 07095 44

N° Siret: 502 263 91600046

N° ADELI : 44 94 01 49 6



**Cabinet d'ergothérapie**

15 rue de l'Atlantique

44 115 BASSE-GOULAIN

06.83.76.38.22

[formation.ergo.44@gmail.com](mailto:formation.ergo.44@gmail.com)

## **L'intéroception : perception, impacts fonctionnels et interventions en ergothérapie**

Durée : 14 h

### **DOSSIER D'INSCRIPTION**

#### **Identité :**

NOM : ..... PRENOM : .....

N° tél. : ..... E-mail : .....

N° RPPS : ..... attestant que je suis bien ergothérapeute

#### **Formation :**

Diplômes et formations : .....

.....

.....

Langues étrangères parlées : .....

**Situation professionnelle :**     Profession libérale                       Salarié(e)                       Étudiant(e)

Je m'inscris en tant que :     Profession libérale                       Salarié(e)                       Étudiant(e)

Nom de l'établissement /cabinet : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Si je m'inscris en tant que salarié(e), je précise les coordonnées :

Personne référente : ..... E-mail : .....

Poste : ..... téléphone : .....

**Êtes-vous reconnu en situation de handicap ?**                       Oui     Non

**Si oui, un entretien téléphonique sera convenu avec vous en amont de la formation afin d'évaluer votre situation et définir les mesures de compensation.**

**Avez-vous besoin d'aménagement particulier pour suivre le programme ?**

.....  
.....  
.....

**Comment évaluez-vous... (1 étant le plus faible, 4 le plus fort)**

1) Votre qualité d'accueil	1	2	3	4
2) Votre sens de l'anticipation	1	2	3	4
3) Votre sens de l'observation	1	2	3	4
4) Votre capacité de travail en équipe	1	2	3	4
5) Votre gestion du stress	1	2	3	4
6) Votre respect pour la hiérarchie	1	2	3	4

**Quelles sont vos motivations pour suivre cette formation ?**

précisez en quelques lignes votre projet professionnel

.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos connaissances sur l'autisme ?**

.....  
.....  
.....

**Quels sont les facteurs qui pourraient limiter l'intégration des éléments appris à votre pratique ?**

.....  
.....  
.....



## Aspects administratifs

Je souhaite m'inscrire à cette formation

- au prix de 440 €
- dates de la session : \_\_\_\_\_
- J'ai reçu et pris connaissance de la plaquette de vente de cette formation

Pour valider mon inscription, et réserver ma place à cette formation, j'envoie mon règlement :

- par chèque au nom de Marjorie CARREAU, je suis informée que les frais de formation sont encaissés 1 mois avant la formation.
- Par virement en précisant mes coordonnées et le nom de la formation  
IBAN : FR76 4061 8802 7900 0408 1273 124 / BIC BOUS FRPP XXX / CARREAU
- Je suis informée que cette formation est éligible au FIF-PL
- J'ai pris note des éléments suivants :
  - o cette formation est proposée en présentiel mais via la visio (Zoom)
  - o je déclare que je dispose des équipements et compétences suffisants pour gérer une formation en visio en tant que stagiaire
  - o je m'engage à conserver la caméra allumée pour faciliter les échanges
- Dès que le nombre d'inscrits sera suffisant, je recevrai un mail pour me confirmer que cette formation aura bien lieu. D'ici là, je peux en parler à mes collègues ergothérapeutes ou partager les communications sur les réseaux 😊.

### **Je soussigné(e) :**

Nom et Prénom : .....

*certifie exact les renseignements fournis dans ce document.*

Fait à .....

Le .....

Signature du candidat :

Ce document est à renvoyer dès que possible à Marjorie CARREAU, à l'adresse ci-dessous

- ✉ par mail et virement
- ✉ par courrier

Document actualisé le 27/02/2026

**Cabinet d'ergothérapie**  
15 rue de l'Atlantique  
44 115 BASSE-GOULAIN  
06.83.76.38.22  
[formation.ego.44@gmail.com](mailto:formation.ego.44@gmail.com)