



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION MASSAGE TUINA

ANNEE SCOLAIRE DE FORMATION **2021/2022**

Photo  
à  
coller

## 1ERE ANNEE - BASES FONDAMENTALES (MEDECINE CHINOISE ET ANATOMIE) ETUDE DES TECHNIQUES MANUELLES ET PROTOCOLES DU MASSAGE TUINA

Prérequis : ouvert à tous...(cf : Programme détaillé de formation)

CODE STAGIAIRE : ..... (à compléter par l'Ecole)

### Je désire m'inscrire auprès de l'organisme de formation :

SASU **CHÉNG XÌN** – 110 Allée du soleil 74320 SEVRIER

### Je désire m'inscrire à la formation annuelle suivante :

CODE FORMATION PARTIEL : **P21\_2021\_TUI\_A1\_XXX\_GA**

ANNEE DE FORMATION : 1ère année

LIBELLE : 1ère année - Bases fondamentales (Médecine chinoise et anatomie)  
Etude des techniques manuelles et protocoles du massage Tuina.

NOMBRE DE JOURS DE FORMATION : **24** (6 séminaires de 3 jours et 1 séminaire de 6 jours)

COUT DE LA FORMATION TTC : **2430 €** (une remise de 150 € sera accordée pour tout financement par fonds propres)

### Je choisis une ville de rattachement :

ANNECY

GRENOBLE

### • VOS INFORMATIONS CANDIDAT

(EN VUE DE L'ELABORATION DU CONTRAT / DE LA CONVENTION DE FORMATION)

NOM et PRENOM : .....

ADRESSE : .....  
.....  
.....

CODE POSTAL et VILLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

NUMERO DE PORTABLE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

PROFESSION : .....

**CHÉNG XÌN**, 110 Allée du soleil 74320 SEVRIER- [secretariat@emcqq.com](mailto:secretariat@emcqq.com) - 04 50 02 83 69

SASU au capital de 1000 € inscrite au RCS d'Annecy sous le n° 87852576500011 - Organisme de formation enregistré sous le numéro de déclaration d'activité 84740375074 auprès du préfet de Région Auvergne Rhône Alpes. « Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat. »

Article 261-4-4° alinéa 6 du CGI - Non assujetti à la TVA. - CODE APE 8559A



NOM et PRENOM : .....

STATUT  Salarié  Demandeur d'emploi  autre : .....  
 Auto entrepreneur – Entrepreneur  
 Indépendant  
 Profession libérale

• **IDENTIFICATION DE VOTRE BESOIN**

- ***Votre activité professionnelle (même partielle) est-elle dans le domaine de la santé ?***  
 NON  
 OUI, Lequel : .....
- ***Quel niveau connaissance et/ou savoir théorique estimez-vous avoir dans le domaine de cette formation ?***  
 Aucune notion  
 Quelques notions  
 De bonnes connaissances
- ***Avez-vous une limitation pour votre apprentissage (handicap), utile à connaître pour notre organisation pédagogique ?***  
 NON  
 OUI. Pourriez-vous préciser ?.....  
.....
- ***Votre situation personnelle vous offre t'elle les conditions adéquates pour étudier ?***

	Peu favorable	Favorable	Très favorable
Votre disponibilité sur le temps de formation (Ex : congés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre situation familiale (Ex : garde d'enfant...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos sources financières (Personnelles, OPCO, CPF, Employeur etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ***A quel type de besoin cette formation va-t'elle vous permettre de répondre ?***  
 Acquérir un savoir avec une finalité culturelle, sociale ou de loisir : Développement personnel  
 Acquérir des compétences complémentaires à votre activité  
 Acquérir des compétences susceptibles de vous mener à une reconversion professionnelle  
 Acquérir des compétences susceptibles de vous mener à une activité professionnelle complémentaire.



NOM et PRENOM : .....

• **SOURCES DE FINANCEMENT**

Je suis inscrit(e) à une formation Aide à la création d'entreprise : et bénéficie d'une remise commerciale exceptionnelle. N° de dossier CPF

Financement intégral par vos fonds propres\*

Montant de la prise en charge par le Stagiaire :

2 280 €

(Remise de 150 € accordée pour tout financement par fonds propres)

Financement par un Tiers-payeur

Le Tiers-payeur tel que mentionné ci-après sera désigné comme partie au contrat/convention de formation. Il s'engage à prendre en charge le coût de la formation effectuée par le Stagiaire à hauteur du montant indiqué ci-dessous. Il désigne le Stagiaire comme étant le bénéficiaire de toutes les prestations délivrées par l'Ecole.

Le Tiers-payeur doit être expressément désigné ci-après pour qu'une facture soit éditée à son nom pour le montant désigné ci-dessous.

Montant de la prise en charge :

.....€

Montant restant à prendre en charge par le Stagiaire :

.....€

Financement extérieur, type FAF, OPCO, etc...

Je présente un dossier de demande de prise en charge

Nom de l'organisme: .....

Montant de la prise en charge (si connu) :

.....€

**POUR INFORMATION :**

Financement par le CPF, Compte personnel de formation (utilisable uniquement pour un module de « Aide à la création d'entreprise »)

- Prendre contact avec notre secrétariat

Financement par OPCO (OPérateurs de COmpétences) ou financement par FAF (Fond d'Assurance Formation) :

- Prendre contact avec votre OPCO ou FAF
- Rédiger votre dossier de demande de prise en charge (Devis, programme et calendrier de la formation concernée)

**NB :** Pour ce type de financements le stagiaire prend en charge le financement de sa formation et se fait rembourser par le ou les organismes et/ou la mesure de financement sollicitée.

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur les financements extérieurs, prendre contact avec le secrétariat.



NOM et PRENOM : .....

• **IDENTIFICATION DU TIERS PAYEUR\*\*\***

(EN VUE DE L'ELABORATION DU CONTRAT / DE LA CONVENTION DE FORMATION)

**Particulier**

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

CODE POSTAL et VILLE : .....

PAYS : .....

E-MAIL : .....

TELEPHONE : .....

**Personne physique (Auto-entrepreneur,...)**

**Personne morale (Entreprise, Association)**

NOM : .....

Type (Association, SARL, SAS) : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL et VILLE : .....

PAYS : .....

SIRET : .....

CODE NAF OU APE : .....

IDCC (Convention collective) : .....

N° TVA : .....

N° RNA (association): .....

NOM et Prénom DU RESPONSABLE : .....

E-MAIL : .....

TELEPHONE : .....

\*\*\* INFORMATIONS INDISPENSABLES A L'EDITION ET A LA SIGNATURE ELECTRONIQUE DU CONTRAT OU DE LA CONVENTION DE FORMATION



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE D'UNE FORMATION ANNUELLE

NOM et PRENOM : .....

### • FINALISATION DE MA CANDIDATURE

Je transmets ma candidature en retournant mon dossier complet, comprenant l'ensemble des documents suivants :

- Une photo d'identité
- Le présent formulaire d'inscription dûment complété et signé
- Un CV et une lettre de motivation
- Chèque d'arrhes à l'ordre de CHÉNG XÌN **430€**

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les Conditions générales de vente\* de l'Ecole de Médecine Chinoise et de Qi Gong - CHÉNG XÌN

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter le Règlement Intérieur de l'Ecole de Médecine Chinoise et de Qi Gong - CHÉNG XÌN \*

Je reconnais avoir pris connaissance du programme de ladite formation\*

Cette candidature sera étudiée dès réception de ce formulaire dûment rempli, signé, daté et accompagné de l'ensemble des pièces requises.

La date limite de dépôt des candidatures est le **31/08/2021**.

Toute inscription sera effective sous réserve d'acceptation du dossier et d'un nombre suffisant d'inscrits ou de places disponibles et uniquement après signature ultérieure d'un contrat ou d'une convention de formation professionnelle

*\*Formation complète sur 5 années en vue de la préparation au DNMTTC - Diplôme National de Médecine Traditionnelle Chinoise - (complément de formation ou équivalence en Etude du Corps Humain requise pour présentation à l'examen)*

### **Signature manuscrite obligatoire**

Précédée de « **lu et approuvé** »

Fait à .....

Le .....

J'adresse mon dossier complet par voie postale à :

\* documents disponibles en annexe et/ou sur le site internet de l'Ecole et/ou au secrétariat de l'Ecole

**SASU CHÉNG XÌN**  
**110 Allée du soleil**  
**74320 SEVRIER**