



# SHIATSU

## 2020 -2021

**CENTRE DE SHIATSU**

**FLORENCE ALIAGA**

149 Rue de la Délivrande

14000 Caen

06 07 05 27 89 - 02 31 47 57 95

ecoledumouvement@orange.fr

## Demande d'inscription.

(A remplir par les personnes entrants au Centre de Shiatsu pour la première fois et à renvoyer au centre de formation)

Date .....

**INTITULE DE LA FORMATION : « SPECIALISTE EN SHIATSU »**

NOM DU DEMANDEUR .....

PRENOM .....

Adresse .....

VOUS ETES UNE PERSONNE HANDICAPEE et vous envisagez de suivre une formation en Shiatsu dans notre établissement à partir de la rentrée 2020 : contacter le 02 31 47 57 95 - 06 07 05 27 89

POUR LES PERSONNES FINANCEES PAR UN ORGANISME :

Nom de l'organisme financeur : .....

Nom de l'entreprise -Adresse - Ville : .....

- Envoyer le dossier de demande d'inscription.
- Lettre de motivation ci-jointe. (*Le projet professionnel sera à mettre en valeur.*)

Téléphone mobile..... Fixe : .....

Date et lieu de naissance : .....

COURRIEL \* : .....@.....

Signature