



CENTRE DE FORMATION

**Académie
& Vous**

Académie et vous École de Massage Isère

Dossier d'inscription pour les formations

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

Adresse

Situation professionnelle actuelle :

En activité ☐ **Demandeur d'emploi** ☐ **Sans activité professionnelle** ☐

Situation professionnelle

Salarié et travailleur indépendant, (ex : salarié et auto-entrepreneur)

Travailleur indépendant, (ex : profession libérale, gérant)

Statut :

☐ **En recherche d'emploi** ☐ **Salarié du secteur privé** ☐ **Salarié de la fonction publique**

☐ **Auto-entrepreneur** ☐ **Activité associative**

Profession :

Choix de la formation et des dates

- ☐ Massage Balinais _____
- ☐ Massage visage et crânien _____
- ☐ Massage des pieds Sokusindo _____
- ☐ Massage palmaire _____
- ☐ Massage dos _____
- ☐ Massage Lomi Lomi _____
- ☐ Massage Californien _____
- ☐ Massage aux pochons _____
- ☐ Massage aux Bambous _____
- ☐ Massage Femme enceinte _____
- ☐ Anatomie organes et visères _____
- ☐ Anatomie les groupes musculaires et osseux _____
- ☐ Anatomie circulation sanguine et lymphatique _____
- ☐ Anatomie crâne et visage _____
- ☐ Anatomie membres _____
- ☐ Dien Chan 1 _____
- ☐ Dien Chan 2 _____
- ☐ Dien Chan 3 _____
- ☐ Coursus Dien Chan ☐ Niv 1 ☐ Niv 2 ☐ Niv 3 _____
- ☐ Vietminceur _____
- ☐ _____
- ☐ Création d'entreprise massage _____

PROJET DU STAGIAIRE

Quel est le projet les attentes et vos objectifs pour suivre cette/ces formation(s) ?

☐ Reconversion pro ☐ Spécialisation pro ☐ Loisir ☐ Autre :

Décrivez votre parcours :

Expérience dans la pratique massage :

☐ Débutant : aucune expérience en massage

☐ Intermédiaire : exerce déjà le massage, ou débute son activité

☐ Professionnel : + de 2 ans d'expérience professionnelle dans le massage

FINANCEMENT

☐ OPCO entreprise ☐ Pôle Emploi ☐ Transition Pro ☐ Propre ☐ Autre :

Commentaire :

Date

Nom

Prénom

Signature