



BULLETIN D'INSCRIPTION EN OSTÉOPATHIE

Cycle Sept 2009- Sept 2013 (promotion examen 2014) – (Version N°3 le 27/02/2009)

Mme Mlle Mr Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

: :

Courriel :

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle d'affiliation :

Date de Naissance :Lieu de Naissance :

Nationalité :

Origine de l'inscription : Internet Publicité Ancien élève
 Conférences Journée portes ouvertes Salon Affiches Autres

Titre médical :

Masseur-Kinésithérapeute

ou

Titre paramédical :

- sage femme
 pédicure-podologue
 infirmière

Date d'obtention du Titre Médical ou paramédical :

Nom de l'Institut de formation :

Désire m'inscrire à la formation en ostéopathie sur 5 ans

ou Désire m'inscrire à la formation en ostéopathie en :

Ière, IIème, IIIème, IVème, Vème sur 5 ans,;

Dans les 2 cas joindre :

- * Copie du Titre médical ou paramédical
- * 6 chèques de 700€ (à l'ordre de l'EFOM)
- * 2 photos
- * Décharge dûment signée, concernant votre assurance professionnelle (**précisant l'extension pour l'ostéopathie**) a donner chaque année

Atteste avoir pris connaissance des modalités d'inscription et de règlement formulées sur la brochure.

Dans un délai de 10 jours à compter de la date indiquée sur le bulletin d'inscription, l'étudiant pourra se rétracter par lettre recommandée avec accusé de réception.

À l'issue de ce délai, il sera considéré comme définitivement inscrit.

En cas de force majeure dûment reconnue, l'étudiant empêché de suivre la formation pourra résilier son inscription par lettre recommandée avec AR.

Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées seront dues à l'EFOM.

En cas d'absence à un ou plusieurs séminaires, le règlement reste dû et l'étudiant pourra effectuer ce ou ces séminaires l'année suivante.

*** Enseignement complémentaire nécessaire (pour les titulaires de titres paramédicaux suivants décrets du 25 mars 2007) :**

L'avez-vous déjà effectué : OUI NON

Si OUI fournir une attestation de validation.

Si NON un bulletin d'inscription en formation complémentaire ci-joint.

Date : Signature :

IFSO Département de l'EFOM – Institut Formation Supérieure Ostéopathie

118 Bis Rue de Javel 75015 PARIS - Adresse postale : IFSO/EFOM 118 Bis Rue de Javel CS 81512 – 75725 PARIS CEDEX 15

: 01.45.58.56.56 – Courriel : ifso@efom.fr - : 01.45.57.47.48 – Site : www.efom.fr

ATTESTATION D'ASSURANCE

**Je soussigné(e),
certifie sur l'honneur être en possession d'une assurance responsabilité professionnelle
avec extention à l'ostéopathie pour la période de Septembre 2009 à Juillet 2010 inclus.**

L'ostéopathie utilise des techniques douces et dérivées des techniques de kinésithérapie ; un incident est toujours possible lors des applications pratiques. En ce cas, l'EFOM ne pourra être tenu pour responsable, de quelque manière que ce soit.

L'EFOM applique les décrets régissant les études d'ostéopathie auxquelles les étudiants se conformeront.

Chaque professeur, chaque étudiant sera responsable des actes qu'il accomplira. Les stagiaires renoncent à toute recherche de responsabilité à l'encontre de l'EFOM pour les dommages qu'ils pourraient subir lors des exercices pratiques.

Chaque étudiant devra s'assurer que sa police d'assurance responsabilité civile professionnelle est adaptée.

NOM :

Prénom :

Fait à :

Le

Signature :

(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)