



Sexualité Fertilité
Maternité Ménopause

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

.....

TELEPHONE : /

E-Mail :

PROFESSION (facultatif) :

- **Je m'inscris à la formation / à l'enseignement :**
 - **Titre:**
 - **Lieu:**
 - **Dates:**
- **Date limite d'inscription : 3 semaines avant la session**
- **Je confirme mon inscription en versant € d'arrhes par chèque bancaire :**
 - A l'ordre du Centre de Formation SF2M
 - Par courrier postal au
Centre de l'Aube - 4 chemin des Combeaux 26400 PIEGROS LA CLASTRE

CONTACT : +33 (0)7 81 91 84 92 / contact@sf2m.org

Date :

Signature