BULLETIN D'INSCRIPTION AU CERTIFICAT D'APTITUDE À LA PRATIQUE DU RÊVE ÉVEILLÉ – CAPREL –

À adresser à Nathalie DANIEL, Directrice de l'EREL
sur secretaire-erel@reve-eveille-libre.org
accompagné des éléments listés ci-dessous
A compléter en lettres capitales

Nom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code Postal |__|__|__|__|__|__|
Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Email : ______________________________@_________________________

❑ *Je souhaite m'inscrire à la formation du CAPREL qui comprenant 11 modules en visio-formation et 4 modules expérientiels qui m'engagent à assister en présentiel aux modules concernés.*

Etes vous en situation de handicap ou reconnu RQTH? oui/non
Commentaires:

Comment vous nous avez connu ?

*Je souhaite m'inscrire à la formation **Praticien.ne en REL** et je complète mon dossier avec les éléments suivants :*

- *Une copie du diplôme du BAC*
- *Une photo d'identité*
- *Un CV et une lettre de motivation (comment avez-vous connu la formation?, votre parcours, les liens avec la relation d'aide, vos attentes etc.)*
- *Un chèque d'adhésion à l'ADREL de 30 € (adhésion annuelle)*
- *Un chèque d'arrhes de 912 € correspondant à 20 % du coût total de la formation ou un virement sur le compte de l'ADREL IBAN:*
  CCM Nantes Cathédrale - ADREL FR76 1027 8361 8400 0129 9750 162 (BIC CMCIFR2A)

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

❑ *J'ai pris connaissance des conditions d'annulation : si rétractation dans les 10 jours informer l'organisme de formation par LRAR (timbre de la poste faisant foi), aucun montant ne sera exigé. Passé ce délai de rétractation et jusqu'à UN MOIS (1 mois) du début de la formation, 50% des arrhes seront remboursées, moins d'un mois avant le début de la formation, la totalité des arrhes sera acquise par l'organisme de formation.*

❑ *J'ai bien noté que mon inscription sera validée après un entretien préalable, ainsi que l'envoi de la convention de formation signée entre les deux parties*

Fait à ___________________________ Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature

Adrél
Association pour le Développement du Rêve Eveillé Libre

Érél
École européenne du Rêve Éveillé Libre

Organisme Membre de la Fédération Française de Psychothérapie et de Psychanalyse (FF2P)
Siret : 420 028 755 00031 – APE : 9499Z – Organisme de Formation N° 52 44 04351 44
Siège social : 11 rue Chartrin 44 000 Nantes