

Fiche d'inscription individuelle FORMATION PROFESSIONNELLE

WATERFORM
19 rue Maurice Ravel, 25200 Montbéliard
03 81 90 50 05
www.waterform.com
Siret : 52187652400013
formations@waterform.com

A INFORMATIONS

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-Mail :

B DÉTAILS

Avez-vous déjà été formé par notre organisme de formation :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Comment avez-vous connu notre organisme de formation :	<input type="checkbox"/> Bouche à oreille	<input type="checkbox"/> Site internet	<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux	<input type="checkbox"/> Déjà client

C QUEL(S) MODULES DE FORMATION VOUS INTÉRESSENT PRÉCISEMENT :

Module(s)	Choix
Aquasport	<input type="checkbox"/>
Spécialisation	<input type="checkbox"/>
Dominante cardio	<input type="checkbox"/>
Dominante muscu	<input type="checkbox"/>
Bébé nageur/ Jardin aquatique	<input type="checkbox"/>

Choix des activités →

Activité(s)	Présentiel	À distance
Bodyslim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Workout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cycling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boxing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Power	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dispositif du financement :

Virement bancaire Chèque

Merci de fournir avec cette fiche d'inscription des documents suivants :

- Copie des diplômes
- Signature :
- Carte professionnelle valide