



BULLETIN d'INSCRIPTION* EBH10

SESSION 2022-2024

Formation Connaissance et Usages des Plantes Aromatiques et Médicinales

Enseignement supérieur à distance réparti sur 2 ans

24/06/2021 - V 3

photo

COORDONNÉES PERSONNELLES

Mme M.

NOM d'USAGE : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Lieu de Naissance : _____ Code Postal du lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Mail : _____

Profession : _____

Niveau d'études : _____

Repas du midi : Classique Végétarien

COORDONNÉES DE L'ORGANISME ou de L'ENTREPRISE si prise en charge financière

NOM : _____ Personne référente : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Mail : _____

En cas de réponse négative de la prise en charge : Je financerai ma formation au tarif personnel

J'annulerai mon inscription

Possibilité de paiement comptant ou par prélèvement bancaire suivant échéancier.

TARIF PERSONNEL : 4350 € pour les deux ans (2140 € par an, 40 € frais de dossier, 30 € d'adhésion)

TARIF PROFESSIONNEL : 5484 € pour les deux ans (2707 € par an, 40 € frais de dossier, 30 € d'adhésion)

PRÉREQUIS

Être **majeur** et titulaire du **baccalauréat**.

Si ces conditions ne sont pas remplies, un entretien téléphonique préalable est obligatoire.

PIÈCES À NOUS ADRESSER AVEC LE PRÉSENT BULLETIN à l'adresse suivante :

ECOLE BRETONNE D'HERBORISTERIE - CAPSANTE – Rue Jules Ferry - 29410 PLOUONEUR-MENEZ

*** Votre inscription ne sera prise en compte qu'à réception de toutes les pièces demandées ci-dessous :**

- **1 chèque d'arrhes** de 30% du total de la première année soit **642 €** (encaissé 14 jours après la signature du contrat de formation, non remboursable)
- **1 chèque d'adhésion** à l'Association ECOLE BRETONNE D'HERBORISTERIE - CAPSANTE, **15 €** pour la première année (cette adhésion couvre l'assurance des stagiaires et vous permet de recevoir le *Journal de liaison* bisannuel)
- **1 chèque de frais de dossier : 40 €** (non remboursable)
- **1 photo d'identité**
- **1 photocopie de votre carte d'identité**
- **1 Relevé d'Identité Bancaire**
- **Formulaire de consentement d'utilisation de données personnelles (ci-après) rempli et signé**
- **Copie de vos diplômes (Baccalauréat)**
- **Règlement de fonctionnement signé**
- **Quelques lignes de votre projet et de vos motivations pour intégrer cette formation sur papier libre**

Un contrat de formation détaillé vous sera adressé dès la prise en compte de votre inscription.

PARCOURS, PROJET, MOTIVATIONS

Nous vous remercions de bien vouloir nous relater sur papier libre :

- votre projet en lien avec cette formation,
- vos motivations,
- votre parcours professionnel,
- vos expériences & vos compétences et connaissances.

EN CAS D'ANNULATION DE VOTRE INSCRIPTION

Si votre dossier n'est pas retenu, les chèques d'inscription seront détruits (sauf indication contraire de votre part, une enveloppe suffisamment affranchie avec votre adresse pour le retour sera alors nécessaire).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'UTILISATION DE DONNÉES PERSONNELLES

L'ÉCOLE BRETONNE D'HERBORISTERIE - CAPSANTÉ propose :

- de mettre à la disposition des élèves et des formateurs EBH10 un trombinoscope de la promotion et de partager certaines données personnelles à l'usage des membres de l'EBH Cap Santé.
- de diffuser des photos, des vidéos (prises lors des formations et regroupements) ou des travaux d'élève sur notre site internet ou sur des supports de communication.
- de vous communiquer occasionnellement par mail les nouvelles de l'association (ex : lettres d'information)

Pour ce faire, nous avons besoin d'une autorisation écrite de chacun des élèves intéressés.

Je, soussigné(e) _____, né(e) le _____, atteste par la présente accepter que mes données personnelles, listées ci-dessous et assorties de la mention "oui", soient partagées ou diffusées.

Nous vous remercions de remplir le coupon ci-dessous en entourant les mentions correspondant à vos permissions.

Communication interne :

Aux membres (élèves, formateurs et administrateurs) de la promotion **EBH10 2022-2024** pour élaborer des dossiers ayant trait à l'organisation de l'école et/ou faciliter les échanges.

- | | | | | |
|--------------------------|-----|---------------------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Photo d'identité | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Adresse mail | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Adresse postale | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Numéro de téléphone | NON | <input type="checkbox"/> |

Communication externe :

Pour une utilisation éventuelle sur nos supports de communication : plaquettes, site internet...

- | | | | | |
|--------------------------|-----|--|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Photographies où j'apparais lors des regroupements | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Documents de travaux personnels (ex : herbier...) | NON | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Vidéos prises lors des regroupements | NON | <input type="checkbox"/> |

Communication de l'EBH-CAP SANTÉ :

Pour recevoir par mail occasionnellement des informations sur l'association (ex : lettres d'informations,...) :

- | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Adresse mail | NON | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-----|--------------|-----|--------------------------|

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature :

Cadre réservé à l'EBH – Cap Santé		
Dossier reçu le :		
Copie du baccalauréat	oui	non
Entretien réalisé le		
Photo d'identité :	oui	non
RIB :	oui	non
Au nom de :		
Pièce d'identité :	oui	non
Au nom de :		
Règlement de fonctionnement signé	oui	non
Chèque d'arrhes	642 €	N°
Chèque d'adhésion	15 €	N°
Frais de dossier	40 €	N°
Banque		
RESTE À PAYER POUR L'ÉLÈVE		
Chèques au nom de		
Document accord de prise en charge organisme reçu le :		
Montant de prise en charge		
Facture année 1 - N°		
Facture année 2 - N°		
Autorisation bancaire	EXPEDIEE	RECUE
Contrat de formation	EXPEDIE	RECU
Echéancier de prélèvement	EXPEDIE	RECU
Envoi courrier de validation/accueil Contrat signé + Liste hébergement	EXPEDIE	
Chèques d'inscription à déposer le :		
Autorisation en interne		
Autorisation en externe		
Convention galaxy N°		