

INSCRIPTION FORMATION IFREMMONT

☐ Mme ☐ Mr Nom :	Prénom :
Profession :	Numéro SIRET :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Pays :	Tél. :
E-Mail :	Date de naissance :

Je m'inscris à la session de Formation dispensée par l'IFREMMONT – Institut de Formation et de Recherche en Médecine de Montagne.

- ☐ Formation théorique de médecine de montagne et du voyage (2 jours) - **450€TTC**
- ☐ Formation théorique milieux polaires isolés (2 jours) - **575€TTC**
- ☐ Formation théorique performance haute altitude (1 jour) - **300€TTC**
- ☐ Stage pratique (été/hiver/altitude) (3 jours) - **950€TTC**
- ☐ Formation médicale des professionnels de la montagne – Guide Medic Course (3 jours) - **600€TTC**

DATE DE LA FORMATION : du _____ au _____

☐ Je participerai donc à cette session de formation et je règle le montant de la formation pour confirmer mon inscription par virement bancaire ou via le site helloasso * **participation au site helloasso non obligatoire. Vous pouvez la refuser.**
<https://www.helloasso.com/associations/ifremmont/evenements/formations-ifremmont>

Référence bancaire

IBAN : FR76 3000 3001 0300 0372 6153 009	Code banque	Code guichet	N° Compte	Clé RIB
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP	30003	00103	00037261530	09

Règlement au plus tard 3 semaines avant la date de démarrage de la formation

☐ Etudiant réduction de 30 % sur les formations théoriques

Merci de joindre un justificatif à ce bulletin.

(tarif étudiant non applicable au stage haute performance et aux formations pratiques)

→ L'organisateur se réserve le droit de modifier certains éléments du programme en fonction des confirmations de certains intervenants.

→ **Ce bulletin engage votre participation à cette session. En cas d'annulation de votre participation, l'avance ne sera pas remboursée.**

Fait à : _____, le : _____

Merci de renvoyer ce bulletin à l'Ifremmont
par e-mail à camille@ifremmont.com

Cachet et signature :

n° de déclaration d'activité : 8274 02125 74