

## Stagiaire

Nom : ..... Prénom : .....

## Coordonnées professionnelles

Fonction exercée : ..... Service/unité : .....

Nom de votre institution : .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal – Ville : .....

Email : ..... Tél. : .....

## Coordonnées personnelles

Adresse email : ..... Tél. : .....

A quelle adresse email souhaitez-vous recevoir la copie de votre convention de formation signée et les informations pratiques sur la formation ? (Votre institution sera destinataire également, cf. bas de page)

- à votre adresse email professionnelle  
 à votre adresse email personnelle

**Je m'inscris :**                      **au titre de la formation continue\***                       **à titre individuel**

(\* remplir les coordonnées de l'organisme avec lequel la convention de formation doit être établie, cf ci-dessous)

- à la formation « **Addictions sexuelles : éléments de repérage et de prise en charge** » qui se déroulera en présentiel à Nantes le **vendredi 13 juin 2025**

Coût : **288 euros**

- à la formation « **Première approche du jeu excessif et du jeu pathologique** » qui se déroulera en présentiel à Nantes les **mercredi 24, jeudi 25 et vendredi 26 septembre 2025**

Coût : **900 euros(tarif formation continue) ; 750 euros (tarif formation à titre individuel)**

Fait à ..... le .....

Sauf opposition de votre part, ces données sont informatisées afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.

Signature du stagiaire

## Coordonnées de l'organisme avec lequel la convention de formation doit être établie

Nom de l'institution et du responsable administratif en charge des départs en formation : .....

Service destinataire de la convention : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : ..... Tél. : .....

Email du responsable administratif en charge des départs en formation : .....

Fait à ..... le .....

Signature et cachet de l'organisme

## **Conditions d'inscription et informations pratiques**

### **Conditions générales**

Votre inscription ne sera définitive qu'à réception de votre bulletin d'inscription complété en totalité et signé.

A compter de J-10 jours avant la date de la formation, toute inscription est considérée comme définitive et facturée en cas d'annulation, sans possibilité de remboursement.

### **Modalités de règlement des frais d'inscription**

Par chèque à l'ordre de l'association AREFAC.

- Inscription à titre individuel : le participant doit avancer les frais d'inscription. Bulletin d'inscription à renvoyer accompagné du règlement.
- Inscription au titre de la formation continue : règlement sous 30 jours à réception de la facture.

### **Informations sur l'organisme de formation**

Formation assurée par l'association AREFAC (Association pour la Recherche Et la Formation sur les Addictions Comportementales).

N° SIRET : 503 029 928 00010

Code APE : 8559A

N° de déclaration d'activité de formateur : 52 44 05 500 44

N° TVA intracommunautaire : FR74503029928

### **Informations pratiques**

Les deux formations ont lieu au  
CHU de NANTES  
Hôpital Saint-Jacques  
85 rue Saint-Jacques -44093 Nantes Cedex 1

### **Renseignements et inscriptions**

Secrétariat de l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC)

Tél. 02 40 84 76 20

Courrier électronique : [bp-secretariat-ifac@chu-nantes.fr](mailto:bp-secretariat-ifac@chu-nantes.fr)

Adresse postale de contact :

Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC)

PHU 8 Psychiatrie et Santé Mentale

Service d'addictologie et psychiatrie de liaison

CHU de NANTES - Hôpital Saint-Jacques

Bât. Louis Philippe - RDC

85, rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex 1

Pour toute information complémentaire, visiter le site : [www.ifac-addictions.chu-nantes.fr](http://www.ifac-addictions.chu-nantes.fr)