

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 **jeudi 11 juin 2026**

Coût : **288 euros**

- ☐ à la formation « **Jeu d'argent pathologique: apports théoriques et application clinique** »
qui se déroulera en présentiel à Nantes les **mercredi 23, jeudi 24 et vendredi 25 septembre 2026**

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

- ☐ à la formation « **Jeu vidéo pathologique et cyberdépendances: théorie et clinique** »
qui se déroulera en présentiel à Nantes les **jeudi 19 et vendredi 20 novembre 2026**

Coût : **660 euros (tarif formation continue) ; 500 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

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