STRETCHING GLOBAL ACTIF - SGA®

FORMULAIRE D'INSCRIPTION - SESSION OCTOBRE 2026

SESSION	DURÉE	LIEU	TARIF
23 au 25 octobre 2026	24 h - 3 jours	33B rue des Romains 67370 Truchtersheim	590 € Acompte 170 € - Solde 420 €

1 IDENTITÉ ET COORDONNÉES

Nom *

Prénom *

Téléphone *

E-mail *

Adresse *

Code postal *

Ville *

Pays

2 SITUATION PROFESSIONNELLE

Le SGA® est une formation tout public. Indiquez simplement votre situation actuelle.

- ○ Particulier
- ○ Masseur-kinésithérapeute / physiothérapeute
- ○ Professionnel du sport / coach sportif
- ○ Ostéopathe
- ○ Pédicure-podologue
- ○ Chiropracteur
- ○ Autre

N° RPPS / ADELI / identifiant (si applicable)

3 FINANCEMENT

Qui finance la formation ? *

- ○ Je finance moi-même
- ○ Employeur / entreprise
- ○ FIF PL / OPCO / autre financeur
- ○ Autre

Précisions / organisme :

STRETCHING GLOBAL ACTIF - SGA®

PRISE EN CHARGE, ACCESSIBILITÉ ET VALIDATION

4 ENTREPRISE / FINANCEUR - UNIQUEMENT SI CONCERNÉ

Nom de l'entreprise / organisme

SIRET

Adresse de facturation

Code postal

Ville

N° TVA

Contact

E-mail

Téléphone

5 VOS ATTENTES ET OBJECTIFS

- ☐ Développer mes compétences professionnelles
- ☐ Améliorer mes pratiques
- ☐ Prévenir les TMS
- ☐ Accompagner le geste sportif
- ☐ Diriger une séance SGA en groupe
- ☐ Démarche personnelle : mobilité / bien-être

Autre objectif / attentes spécifiques :

6 BESOINS PARTICULIERS / ACCESSIBILITÉ

Avez-vous besoin d'un aménagement ou d'une adaptation particulière pour suivre cette formation ?

- ○ Non
- ○ Oui - je précise ci-dessous
- ○ Je préfère être recontacté(e)

Certaines situations de handicap peuvent nécessiter une étude préalable afin de vérifier la possibilité de suivre la formation et de déterminer, le cas échéant, les adaptations réalisables.

7 PROTECTION DES DONNÉES ET COMMUNICATIONS

Les informations recueillies par l'UIPTM sont nécessaires au traitement de votre demande d'inscription et, le cas échéant, à la gestion administrative, pédagogique et financière de votre formation. Les modalités détaillées d'utilisation et de conservation des données ainsi que l'exercice de vos droits sont précisés dans les documents contractuels.

- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'informations sur les autres formations et activités de l'UIPTM.

8 VALIDATION DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION

Je certifie exactes les informations renseignées dans ce formulaire.

Lieu

Date

Nom complet