FORMULAIRE – DEMANDE DE DEVIS

Merci de compléter tous les champs et de cocher la ou les cases

Renseignements administratifs

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____

Choix du financement

☐ Devis – Financement employeur

Raison sociale : _____
Adresse postale : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Personne(s) en charge des formations : _____
Adresse mail : _____

☐ Devis – Financement auto-entreprise / OPCO – Précisez : _____

☐ Devis – France Travail

Identifiant : _____ Département : _____

☐ Devis – Financement CPF (uniquement Module 2 – Encadrer des ateliers HandiDanse Adaptée®)

☐ Devis – Financement individuel sans prise en charge

Choix de la(les) formation(s)

Les formations sont délivrées avec un certificat et un diplôme fédéral.

Formations HandiDanse

☐ **Module 1 – Initiateur(trice) HandiDanse Adaptée Inclusive®**

☐ Option 1 – Danse et déficience intellectuelle, handicap mental, cognitif, troubles neurodéveloppementaux (TDL, DYS, TSA, TDA-H) et troubles psychiques (santé mentale)
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Option 2 – Danse et déficience motrice, handicap physique, moteur et polyhandicap
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Option 3 – Danse et grand âge avec ou sans perte d'autonomie en Maisons France Autonomie (EHPAD) (danse assise, en fauteuil et debout)
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Option 4A – Déficience auditive
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Option 4B – Déficience visuelle
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 2 – Encadrer des ateliers HandiDanse Adaptée®**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 3 – Animateur(trice) de danse spécialisé(e) en « Danse Santé® »**

☐ Option 1 – Danse et maladies chroniques, troubles de la santé (cancer, diabète, BPCO, asthme, obésité sévère ou morbide, fibromyalgie)
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Option 2 – Danse et psychotraumatisme (SSPT)
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 4 - Initiateur(trice) HandiDanse Adaptée Inclusive® et Danse Santé®**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

Formations Danse

☐ **Module 1 – Animateur(trice) Chorégraphique Danse et Expression Corporelle**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 2 – Animateur(trice) de danse spécialisé(e) en danse prénatale**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 3 – Animateur(trice) de danse spécialisé(e) en bébé danse (portage et debout)**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 4 – Animateur(trice) de danse spécialisé(e) en danse sénior**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 5 – Animateur(trice) de danse spécialisé(e) en réinsertion sociale**
Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

Choix du lieu de formation

☐ Distanciel synchrone

☐ Présentiel – Précisez le lieu : _____

Signature

Date : _____ Signature :

Renvoi du formulaire à l'adresse mail : contact@methode-avio.com

Pour tous renseignements complémentaires, contacter le 03 37 76 59 18