

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 – Enseigner la pratique 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 – Animateur(trice) ou Professeur(e) HandiDanse Adaptée Inclusive®**

☐ Option 1 – Danse et déficience intellectuelle, handicap mental et cognitif

☐ Tronc commun – Déficience intellectuelle, handicap mental et cognitif

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Spécialisation A – Troubles neurodéveloppementaux (TDL, DYS, TSA, TDA-H)

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ Spécialisation B – 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 4 – Déficience, handicap sensoriels (auditifs et visuels)

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 2 – Enseigner la pratique HandiDanse Adaptée®**

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

☐ **Module 3 – Animateur(trice) ou Professeur(e) 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 - Animateur(trice) ou Professeur(e) 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) ou Professeur(e) de danse spécialisé(e) en danse prénatale**

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

- ☐ **Module 3 – animateur(trice) ou Professeur(e) de danse spécialisé(e) en bébé danse (portage et debout)**

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

- ☐ **Module 4 – animateur(trice) ou Professeur(e) de danse spécialisé(e) en danse sénior**

Dates choisies : du _____ au _____ - Année : _____

- ☐ **Module 5 – animateur(trice) ou Professeur(e) 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