

Syndicat des Podologues d'Alsace-Lorraine

138 A Rte de Bischwiller

67300 Schiltigheim

03.88.59.57.80 – 07.70.01.22.82 spalcontact@gmail.com

N° Formateur : 42670211367 **Affilié à la FNP, Ass° Loi 1901**

Perfectionnement à la connaissance des huiles essentielles :

12 septembre 2015 : Strasbourg

Intervenant M Remy Heinrich

[Hôtel SPA ATHENA](#)
[10 rue Thomas Mann](#)
[67200 Strasbourg](#)

À l'heure actuelle, nombreux sont les professionnels de santé à traiter leurs patients avec des huiles essentielles.

Le podologue doit pouvoir aborder ces nouvelles pratiques de soins avec leurs précautions d'utilisation.

Objectif recherché : Cette formation nous permettra d'utiliser cet arsenal thérapeutique au quotidien.

Déroulement de la journée :

matinée : 9h à 12h.

Présentation du groupe de travail, position et attente de chacun vis à vis des huiles essentielles.

1. Les différentes formes galéniques à base de plantes médicinales.
2. Étude des principales plantes utilisées en phytothérapie.
3. Classification basée sur leur thérapeutique

après midi : 13h30 à 16h30.

5. L'aromathérapie
6. Contre indications et précautions d'emploi,
7. Propriétés et mode d'utilisation,
8. Application en podologie

<http://spal.pro/>

Bilan de la journée : Table ronde, Synthèse et post-questionnaire.

Date limite des inscriptions : lundi précédant la formation

Nombre de places limité à 15 personnes.

CONDITIONS D'INSCRIPTION

- Envoyer la fiche d'inscription avec le montant de la formation à **Francis Montigel**, trésorier du SPAL, 72 route d'Altenheim Strasbourg Neuhof 67100
tel 06 27 04 23 24
- Cette formation est prise en charge par le FIF-PL
- Pour retirer les dossiers FIF-PL (devis + remboursement) : www.fifpl.fr (rappel : code NAF = 8690 EP) ou contacter Monsieur Lamagat (01 55 80 50 36).

Bulletin d'inscription à la formation Huiles essentielles du 12 septembre 2015 à Strasbourg

(Exemplaire à envoyer au SPAL)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL : GSM :

FAX :

E-mail (*lisible*) :

S'inscrit à la formation

☐ Adhérent F.N.P. : **250 €.**

☐ Non Adhérent : **350 €**

repas inclus pris sur place.

Ci-joint un chèque libellé au nom du SPAL deeuros

Date et Signature :



Bulletin d'inscription et Devis à la formation Huiles essentielles
du 12 septembre 2015 à Strasbourg
(Exemplaire à envoyer au FIF-PL)

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TEL :

GSM :

FAX :

E-mail (*lisible*) :

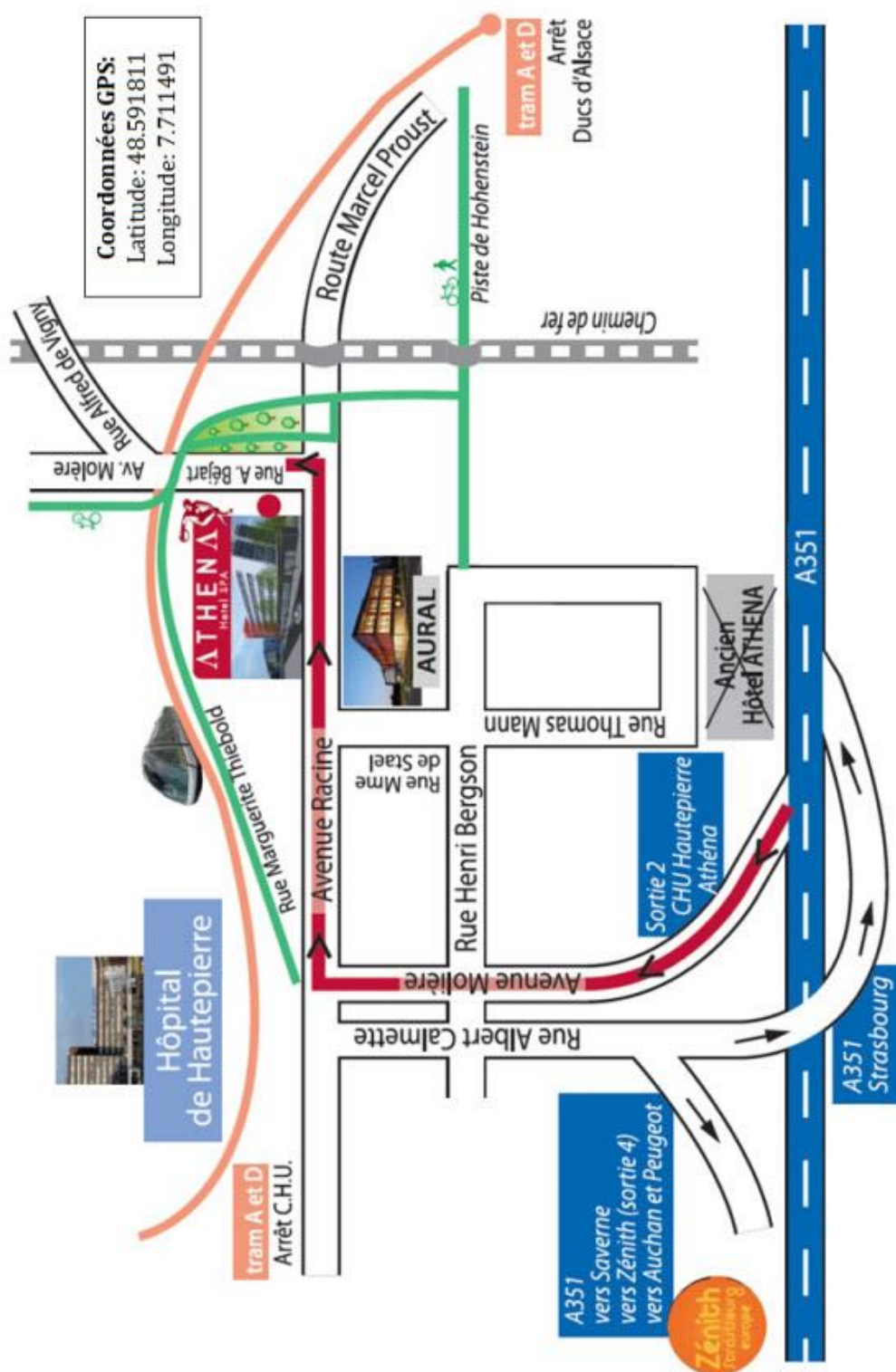
S'inscrit à la formation

☐ Adhérent F.N.P. : **250 €.**

☐ Non Adhérent : **350 €**

Date et Signature :

Sauf avis contraire de votre part, les prochaines convocations se feront par e-mails



SECTION SANTÉ

8690EP - Pédicures Podologues

DEMANDE PRÉALABLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

sous réserve d'acceptation par la Commission Professionnelle, selon les critères de prise en charge de la profession concernée.
Toute demande reçue après la date du dernier jour de formation (cachet de réception faisant foi) sera systématiquement refusée.

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL LIBÉRAL

CODE SIRET PERSONNEL DU PARTICIPANT A LA FORMATION
(14 chiffres à demander à l'INSEE de votre région)

NOM DE VOTRE STRUCTURE

NOM DU PARTICIPANT PRÉNOM NÉ (E) LE SEXE ☐ H ☐ F

PROFESSION PRECISE CODE NAF

ADRESSE CODE POSTAL

VILLE TÉL. PORT. FAX

☐ ASSUJETTI A LA TVA ☐ NON ASSUJETTI A LA TVA

☐ AUTO-ENTREPRENEUR

E-MAIL @

ORGANISATION DU STAGE

INTITULÉ DE LA FORMATION

ORGANISME DE FORMATION

NUMERO DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ DE L'ORGANISME

NOMBRE DE JOURS ENTIERS + NOMBRE DE DEMI-JOURNÉES

DATE DE DÉBUT DE STAGE DATE DE FIN DE STAGE

NOMBRE D'HEURES DE FORMATION

☐ DANS L'ENTREPRISE ☐ DANS UN CENTRE DE FORMATION ☐ FORMATION A DISTANCE / E-LEARNING

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Seules sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6h sur une journée ou cycle de 6h par module successif de 2h minimum

COÛT FACTURÉ PAR L'ORGANISME DE FORMATION

MONTANT H.T. MONTANT T.T.C.

PIÈCES A JOINDRE A LA DEMANDE

(format A4 obligatoire)

- Devis de l'organisme de formation ou convention de stage
- Programme détaillé par journée de formation
- Photocopie de l'attestation de versement de la contribution à la formation professionnelle (URSSAF) ou attestation d'exonération de cette contribution (à réclamer à votre caisse URSSAF si cette attestation ne vous a pas été adressée)
- Relevé d'identité bancaire

PIÈCE A FOURNIR A LA FIN DU STAGE

Le justificatif ci-joint (Attestation de Présence et de Règlement)
doit nous être adressé uniquement avec votre numéro de dossier figurant sur le courrier d'accord de prise en charge
qui vous parviendra ultérieurement.



Le Professionnel Libéral atteste que la
durée en jours stipulée sur cette présente
demande de prise en charge correspond à
une durée en jours non financée par
l'OGDPC ou par tout autre organisme.

A : Le :

Signature du demandeur

POUR TOUTE DEMANDE DE
DOSSIER DE PRISE EN CHARGE
site Internet : www.fifpl.fr

Après nous avoir adressé un dossier
de prise en charge et seulement
après nous avoir adressé votre dossier,
pour tout renseignement, vous pouvez contacter,
de 11h00 à 13h00,
la personne responsable de votre profession

SECTION SANTÉ

Liste des professions

4773 ZP	Pharmaciens
7500 ZV	Vétérinaires
8610 ZH	Activités Hospitalières
8623 ZD	Chirurgiens-Dentistes
8690 BL	Biologistes
8690 DI	Infirmiers
8690 DS	Sages-Femmes
8690 EK	Masseurs kinésithérapeutes Rééducateurs
8690 EO	Orthophonistes
8690 EP	Pédicures-Podologues
8690 ER	Orthoptistes
8690 FD	Diététiciens

Veuillez attendre notre accord de prise en charge vous indiquant votre numéro de dossier avant de nous adresser ce document

N° dossier FIF PL :
(à compléter par le stagiaire)

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(document à compléter par l'organisme de formation)

ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je soussigné..... Fonction.....
(nom du responsable de l'organisme de formation + fonction exacte)

de l'organisme de formation.....
(dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° / / / / / / / / / / / / /
(11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire :
Nom et prénom du stagiaire.....

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée :
(indiquer l'intitulé exact de la formation)

qui s'est déroulée du..... / / au / /
(indiquer la date de début et de fin de formation)

Nombre de jours entiers..... + nombre de demi-journées.....
(6 heures minimum) (4 heures minimum)

Nombre total d'heures de formation

ATTESTATION DE RÈGLEMENT

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de€ HT et€ TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Fait à....., le.....

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

Nom, prénom et signature
du responsable de l'organisme de formation

L'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non financée par l'OGDPC ou par tout autre organisme.

Cette attestation de présence n'exclut pas l'obligation pour l'organisme de formation, de tenir à la disposition du FIF PL les feuilles d'émargement, ainsi que les fiches d'évaluation de chaque stagiaire.





www.fifpl.fr

