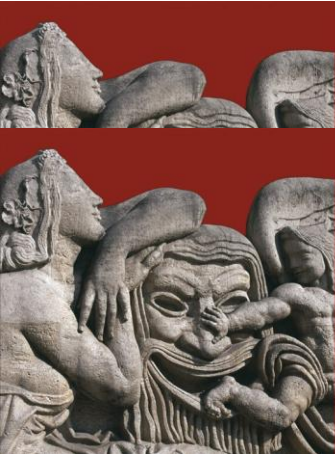




LE COMIQUE LE COMIQUE DANS LA CLINIQUE

15 & 16 novembre 2025 • Palais des Congrès de Paris

55^{es} Journées
de l'École de la
Cause freudienne

55^{es} Journées
de l'École de la
Cause freudienne

ECF.
ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE

BULLETIN D'INSCRIPTION AU TITRE DE LA FORMATION PERMANENTE

Inscription prise en charge par votre employeur au titre de la formation permanente pour les
55èmes journées de l'École de la Cause freudienne
« Le comique dans la clinique »

Merci de compléter le formulaire d'inscription avec le questionnaire de recueil des besoins et attentes et de le renvoyer par mail avant le **31 octobre 2025** à :

Uforca pour l'UPJL – 15, place Charles-Gruet, 33000 Bordeaux
Email : uforca@wanadoo.fr

(Les factures et autres documents seront adressés à votre institution).

Après acceptation de la demande d'inscription par UFORCA pour l'UPJL, votre employeur et vous-même recevrez un exemplaire à compléter et signer :

- **de la convention de formation professionnelle,**
- **des conditions générales de vente**
- **du règlement intérieur**

L'inscription ne sera validée qu'à réception des documents signés.

Vous pouvez vous désister sans frais jusqu'à **10 jours ouvrés** avant le début de la formation.



LE COMIQUE DANS LA CLINIQUE

15 & 16 novembre 2025 • Palais des Congrès de Paris

55^{es} Journées
de l'École de la
Cause freudienne

ECF.
ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE

○ Inscription au titre de la Formation Permanente (FP) : 450 €

NOM DU SALARIÉ : PRÉNOM :

EMAIL PERSONNEL OU PROFESSIONNEL POUR RECEVOIR LE **BILLET D'ENTRÉE**
(OBLIGATOIRE) :
.....

TÉLÉPHONE (RECOMMANDÉ) :

FONCTION :

NOM DE L'INSTITUTION :

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL :

NOM DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER :

EMAIL :

TÉLÉPHONE :

NOM DE LA PERSONNE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION / REPRÉSENTANT DE

L'INSTITUTION :

EMAIL :

TÉLÉPHONE :



LE COMIQUE DANS LA CLINIQUE

15 & 16 novembre 2025 • Palais des Congrès de Paris

55^{es} Journées
de l'École de la
Cause freudienne

ECF.
ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE

Questionnaire de recueil des besoins et attentes

Merci de consacrer quelques minutes de votre temps au remplissage de ce questionnaire. Vos réponses nous permettront de mieux connaître votre profil et d'adapter si nécessaire les contenus de la formation à votre niveau de connaissances/expériences.

1. Vos coordonnées (nom et prénom)

.....
.....

2. Dans quel contexte êtes-vous amené(e) à suivre cette formation ?

.....
.....
.....
.....

3. Que connaissez-vous du thème abordé ?

.....
.....
.....
.....

4. Quel(s) aspect(s) de ce thème aimeriez-vous approfondir ?

.....
.....
.....
.....

5. Quel(s) effet(s) doit avoir cette formation à venir dans votre pratique ?

.....
.....
.....
.....

6. Êtes-vous en situation de handicap et votre demande d'inscription nécessite-t-elle des aménagements ?

.....
.....
.....

7. Avez-vous des remarques à nous faire ?

.....
.....