



C.L.E.F.S.

Collectif de Liaison et d'Échanges sur les Familles et les Systèmes

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : **ACTIONS DE FORMATION**

Siret : 432 625 267 00047 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

14 rue Léon Honoré Labande 84000 AVIGNON

Mail : assoclefs84@gmail.com Web : www.clefs84.org

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-échanges-familles-et-systèmes4075972b4

Tél : 06.88.05.00.12

FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION

L' ATTACHEMENT

TRAUMAS D'ATTACHEMENT & RELATION D'ACCOMPAGNEMENT

Gwénaëlle PERSIAUX

1^{er} & 2 Décembre 2025

Prénom : Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail :

En cas de prise en charge par l'employeur

Société ou organisme :

Personne à contacter :

Personne signataire de la convention :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel : Mail :

Transmission de la fiche d'inscription et/ou le bulletin d'adhésion par mail

inscriptionsclefs84@gmail.com



C.L.E.F.S.

Collectif de Liaison et d'Échanges sur les Familles et les Systèmes

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : **ACTIONS DE FORMATION**

Siret : 432 625 267 00047 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

14 rue Léon Honoré Labande 84000 AVIGNON

Mail : assoclefs84@gmail.com Web : www.clefs84.org

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-échanges-familles-et-systèmes4075972b4

1° Ma profession et ma formation :

.....
.....

2° Mon expérience du travail avec les familles est la suivante :

.....
.....

3° Ce qui me motive à participer à cette formation :

.....
.....

4° Avez-vous déjà été confronté(e) à des situations en rapport avec la thématique de ces deux journées ?

OUI NON

5° Si OUI, dans quel cadre ?

- **Professionnel ?**

OUI NON

- **Autre ?**

OUI NON

6° Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour accompagner des personnes présentant des problèmes d'attachement désorganisé et/ou des traumas d'attachement ?

OUI NON

Ce que je souhaite accomplir durant cette formation :

.....
.....

Avez-vous des besoins spécifiques d'accessibilité à la formation ? Si oui, lesquels ? N'hésitez pas à nous contacter pour en discuter de vive voix.

.....
.....

Je règle par virement à CLEFS / Banque : BNPPARB L'Isle-sur-la-Sorgue (02135)

Code Banque : 30004 / Code Guichet : 01121 / N° Compte : 00002505016 / Clé : 47

IBAN : FR76 3000 4011 2100 0025 0501 647 / BIC : BNPAFRPPXXX

Objectif réduction des déchets : Amenez votre tasse ou gobelet pour les pauses S.V.P.



C.L.E.F.S.

Collectif de Liaison et d'Échanges sur les Familles et les Systèmes

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : **ACTIONS DE FORMATION**

Siret : 432 625 267 00047 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

14 rue Léon Honoré Labande 84000 AVIGNON

Mail : assoclefs84@gmail.com Web : www.clefs84.org

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-échanges-familles-et-systèmes4075972b4

BULLETIN D'ADHESION 2025

A nous retourner par mail : inscriptionsclefs84@gmail.com

J'adhère à CLEFS pour l'année 2025 L'adhésion est personnelle et pour l'année civile.

Prénom : **Nom :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Tel : **Mail :**

Je règle 20€ par virement à CLEFS / Banque : BNPPARB L'Isle-sur-la-Sorgue (02135)

Code Banque : 30004 / Code Guichet : 01121 / N° Compte : 00002505016 / Clé : 47

IBAN : FR76 3000 4011 2100 0025 0501 647 / BIC : BNPAFRPPXXX

J'autorise, gratuitement, CLEFS 84 ou ses partenaires à réaliser une captation photo ou vidéo qui pourra être utilisée à des fins de formation ou de communication. Je me réserve à tout moment le droit de demander la suppression d'une image ou vidéo dans laquelle j'apparaîs si j'estime qu'elle me porte préjudice.

Date :

Signature :