



FORMATIONS CEIBA

Bulletin d'inscription 2025/2026

Cochez la ou les formation(s) choisie(s)

2025

2026

Module de formation	Jours	Lieu	Prix T.T.C	Dates	Cocher la (les) formation(s) choisie(s)
Diagnostic mécanique et évaluation des risques : Le modèle clinique	4	Draguignan (83)	1056,00 €	03 au 06 juin 2025	
Le Haubanage : Diagnostic des fourches et soutien structurel	3	Draguignan (83)	1008,00 €	24 au 26 juin 2025	
Diagnostic mécanique et évaluation des risques : Le modèle clinique	4	Draguignan (83)	1056,00 €	14 au 17 octobre 2025	
Écologie des champignons	3	Draguignan (83)	1008,00 €	28 au 30 octobre 2025	
Certification arboriste clinicien	4	Draguignan (83)	1176,00 €	17 au 21 novembre 2025	
Formation de formateur	3	Draguignan (83)	819,00 €	10 au 12 février 2026	
Diagnostic physiologique	3	Draguignan (83)	1008,00 €	12 au 14 mai 2026	
Diagnostic mécanique et évaluation des risques : Le modèle clinique	4	Draguignan (83)	1056,00 €	02 au 05 juin 2026	
Le Haubanage : Diagnostic des fourches et soutien structurel	3	Draguignan (83)	1008,00 €	24 au 26 juin 2026	
Écologie des champignons	3	Draguignan (83)	1008,00 €	06 au 08 octobre 2026	
Diagnostic mécanique et évaluation des risques : Le modèle clinique	4	Draguignan (83)	1056,00 €	27 au 30 octobre 2026	
Certification arboriste clinicien	4	Draguignan (83)	1176,00 €	23 au 27 novembre 2026	

Entreprise

Raison sociale de l'entreprise

SIRET

Adresse

Téléphone

Courriel

Organisme financeur (VIVEA,
OCAPIAT..)

Participant

Nom/Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Courriel

Poste occupé

Positionnement – Analyse du besoin

Projet (attentes vis-à-vis de la formation,
besoins spécifiques)

Opportunités / freins éventuels

Adaptation nécessaire (RQTH /
troubles DYS...)

Observations complémentaires

Droit à l'image :

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas l'organisme de formation à utiliser mon image à des fins de promotion des activités de l'organisme de formation, de réalisation de supports pédagogiques ou de communication sur les réseaux sociaux et les supports numériques.

Handicap :

☐ Merci de cocher la case si le bénéficiaire de la formation est porteur d'un Handicap et que vous souhaitez nous en informer.

Je soussigné(e), Mme, M., certifie l'exactitude des informations portées sur ce dossier.

Fait à Le / / 20 .

Signature du Participant

--