



Adresse ETABLISSEMENT :

Adresse mail pour contact : \_\_\_\_\_ @  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**Objet : Convention de formation**

Madame, monsieur

*Veillez trouver ci-dessous la convention établie entre l'Association Corps et Psyché et l'établissement dénommé ci-dessus, nommée entreprise bénéficiaire.*

*Le bénéficiaire entend faire participer une partie de son personnel à la 11<sup>ème</sup> journée clinique régionale de Corps et Psyché intitulée :*

**« CORPS et CULTURE(S) ? ».**

*LIEU : Cette formation se déroulera à l'Hôtel MERCURE CENTRE VIEUX PORT, 1 rue Neuve Saint Martin, 13001 MARSEILLE*

*DATE DE LA SESSION : samedi 20 mai 2017*

*NOMBRE D'HEURES PAR STAGIAIRE : 7 heures*

*HORAIRES DE FORMATION : de 8 heures 45 à 12 heures 30 et de 14 heures à 17 heures 15.*

**ENGAGEMENT DE PARTICIPATION A L'ACTION :**

*Le bénéficiaire s'engage à assurer la présence du (des) participant(s) aux dates, lieux et heures prévus ci-dessus.*

*Le(s) participant(s) sera (seront) :*

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_ **PROFESSION** \_\_\_\_\_

*PRIX DE LA FORMATION : le coût de la formation, objet de la présente convention s'élève à 90 euros net de taxe par stagiaire.*

*Soit pour l'entreprise bénéficiaire **un total de** : .....*

*MODALITES DE REGLEMENT : A l'issue de la formation une facture vous sera adressée. Le règlement devra se faire dans le délai maximum de 45 jours, à la fin de la session de formation, à réception de facture, soit par virement (code banque 10278 - code guichet 07366- n° de compte 00020540301- clé RIB 54), soit par chèque bancaire ou mandat administratif.*

Association CORPS ET PSYCHE

Le Boscalichet- 43620 SAINT PAL DE MONS

Contact : [corpsetpsyche@yahoo.fr](mailto:corpsetpsyche@yahoo.fr)

Tel 07.62.33.20.03

N°SIRET 511 092 603 00030 – APE 94 99 Z N° d'agrément 82 42 02088 42

Numéro à l'OGDPC 5002

**SANCTION DE LA FORMATION :** À l'issue de la formation, il sera remis à chaque stagiaire une attestation de présence précisant la nature et la durée de la session.

**NON REALISATION DE LA PRESTATION DE FORMATION :** En cas de **non réalisation totale ou partielle de la prestation de formation**, Corps et Psyché remboursera au cocontractant les sommes indûment perçues de ce fait, sans que pour autant cela donne droit à un quelconque dédommagement.

**DEDOMMAGEMENT, REPARATION OU DEDIT :**

- En cas de renoncement et d'annulation d'inscription de votre part dans un délai de 15 jours avant la date de la session de formation, **objet de la présente convention, aucun frais ne vous sera facturé.**
- En cas de résiliation de la présente convention par l'entreprise bénéficiaire à moins de 15 jours **ou de non présentation du stagiaire**, un **montant forfaitaire de 40 euros vous sera facturé** par inscription concernée, ceci à titre de dédommagement.
- En cas de réalisation partielle par le stagiaire, l'entreprise bénéficiaire sera redevable de l'intégralité de la formation.

La présente convention prend effet à compter de la date de signature, pour s'achever au règlement complet par l'entreprise bénéficiaire.

Si une contestation ou un différend ne peuvent être réglés à l'amiable, le Tribunal de Saint Etienne sera seul compétent pour se prononcer sur le litige.

Nous vous laissons le soin de confirmer son (leur) inscription à votre (vos) salarié (s).

**Mails des salariés (obligatoire) :**

**Fait le (date)...**

Un exemplaire daté, signé et portant le cachet de l'entreprise bénéficiaire est à nous retourner par voie postale.

Pour l'entreprise bénéficiaire,  
(Nom et qualité du signataire et cachet)

Pour l'Association,  
Béatrice Ropers



Association CORPS ET PSYCHE  
Le Boscalichet- 43620 SAINT PAL DE MONS  
Contact : [corpsetpsyche@yahoo.fr](mailto:corpsetpsyche@yahoo.fr)

Tel 07.62.33.20.03

N°SIRET 511 092 603 00030 – APE 94 99 Z N° d'agrément 82 42 02088 42

Numéro à l'OGDPC 5002