



Formulaire d'inscription Modules

Nom : Prénom :

Adresse : NPA/Lieu :

E-mail : Téléphone :

Profession exercée : Date de naissance :

Pratiquez-vous la zoothérapie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quelle institution, en privé ?	<input type="text"/>
Avec quels animaux travaillez-vous ?	<input type="text"/>
Avez-vous déjà suivi une formation en zoothérapie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, auprès de quel organisme ?	<input type="text"/>
Avec quels autres animaux aimeriez-vous travailler ?	<input type="text"/>

Nom du module	Date du module
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez nous retourner ce formulaire par mail à l'adresse : formation@asrz.ch

Je soussigné déclare les informations me concernant mentionnées ci-dessus exactes, et confirme avoir pris connaissance des conditions de formation.

Lieu et date : Signature : _____