

Nom, Prénom

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_

certifie, sur l'honneur, ne pas bénéficier ni solliciter de prise en charge permettant un remboursement partiel ou total, à quelque titre que ce soit, et notamment par mon employeur, du coût de la formation en Counseling InterPersonnel (CIP) . Je reconnais que cette condition est indispensable pour bénéficier licitement du tarif préférentiel « inscription individuelle », à la formation initiale en Counseling Interpersonnel (CIP) organisée par F.I. SCIENCE en 2025.

Je m'engage à informer immédiatement F.I. SCIENCE, par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse : F.I. SCIENCE, 8 square Louis Blériot, 92130 Issy les Moulineaux, si je choisis finalement de bénéficier d'un remboursement partiel ou total. Dans ce cas de figure, le tarif standard de 1890€ s'appliquerait pour mon inscription à la formation en Counseling Interpersonnel (CIP) organisée par F.I. SCIENCE en 2025 et j'acquitterai alors de la différence. Un avenant au contrat serait alors édité.

Je suis averti que toute infraction à cette règle est susceptible de sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'à l'exclusion, sans qu'aucune somme ne me soit restituée, conformément aux dispositions du règlement intérieur.

Date et Signature du stagiaire, précédée de « lu et approuvé »