

Bulletin d'inscription

COLLEGE DE CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE DU CENTRE-EST

Année 2025-2026

à retourner au Secrétariat administratif du CCPCE
c/o Bernard Trotereau
11 rue Morand 25000 Besançon

Nom Prénom.....
Adresse.....
Code Postal.....Localité.....
Tel.....E-mail.....
Profession.....
Diplômes

En cas de première inscription, une rencontre avec un enseignant sera proposée

Choix du lieu d'enseignement

- ☐ Unité de Vichy
☐ Espace de Besançon

Montant de l'inscription

- | | | |
|---|-------|------------------------------|
| ☐ Individuelle | 220 € | Paiement fractionné possible |
| ☐ Etudiant | 110 € | " " " |
| ☐ Formation permanente | 630 € | |

En cas de prise en charge de votre inscription par votre employeur :

Nom du responsable de la formation permanente.....
Nom et adresse de l'institution.....
.....
Code Postal.....Localité.....
Tel

Renseignements : Secrétariat administratif
06 81 37 86 23 - bernard.trotereau@wanadoo.fr
N° de Formation Permanente : 43 25 02624 25
Agrément Formation Médicale Continue : 100303