



FORMULAIRE DE PARTENARIAT

IDENTITE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Téléphone : Mail :

Adresse professionnelle :

Téléphone : Mail :

STATUT

Année d'installation en libérale Statut juridique

Assujetti à la TVA Oui Non Numéro ADELI

Etes-vous également salarié(e) ? Oui Non

Nom – Type de structure :

Missions principales :

COMPETENCES SPECIFIQUES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Petite enfance | <input type="checkbox"/> MICI |
| <input type="checkbox"/> Enfants | <input type="checkbox"/> Dénutrition |
| <input type="checkbox"/> Ados | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Seniors | <input type="checkbox"/> MCV |
| <input type="checkbox"/> TCA | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Micronutrition | <input type="checkbox"/> Sophrologie / Yoga / Méditation |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

EXPERIENCES D'ANIMATION

Conférences Aucune 1 à 2 / an 3 à 5 / an Plus de 5/ an Plus de 10/ an

Ateliers Aucune 1 à 2 / an 3 à 5 / an Plus de 5/ an Plus de 10/ an

Public :

Merci de joindre CV + copie du diplôme et d'envoyer votre demande à contact@essentiel-nutrition.fr