

# Institut Suisse de Sexologie Clinique

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Ville et numéro postal :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé :

Natel ou mobile :

Adresse e-mail privée :

Adresse e-mail professionnelle :

Titre(s) ou diplôme(s) :

Activité(s) souhaitée(s) :

Date(s) :

Disponibilités horaires (pour supervisions et thérapies) :

Document rempli à renvoyer à [jbuffat@hin.ch](mailto:jbuffat@hin.ch)