

Bulletin de pré-inscription

les **6** —
journées
2010
Toulouse

Nom :

Prénom :

Vous êtes :

parent

professionnel, précisez la fonction et le lieu :

étudiant, précisez la formation suivie :

Merci de joindre la copie de votre carte d'étudiant

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Fax :

Mail :

En remplissant ce bulletin de pré-inscription :

1- **Je m'engage à participer à l'intégralité du cycle** proposé pour le séminaire *connexions et complémentarités dans le champ de l'autisme*.

2- J'ai bien pris connaissance que **dès que mon inscription sera confirmée, je m'acquitterai auprès du CRA Midi-Pyrénées** de la somme prévue dans le programme.

Date :

Signature :

Inscription limitée à 40 participants

Bulletin à retourner au plus tard
le **5 janvier 2010** à :

Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées
Hôpital La Grave
Place Lange – TSA 60033
31 059 TOULOUSE cedex 9

Fax : 05 62 21 12 78

Mail : accueil@cra-mp.info

Site : www.cra-mp.info