

BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION

Formation Gratuite - Nombre de place limité
Disponibilité sur les 4 jours de formation obligatoire
Validation candidature après un entretien téléphonique

Bulletin téléchargeable
sur le site internet
www.cra-mp.info

NOM et PRENOM de l'enfant :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

CP : VILLE :

TELEPHONE(S) :

EMAIL :

NOM du père :

NOM de la mère :

FRATRIE :

DIAGNOSTIC

Date du diagnostic : / /

Où a-t-il été réalisé ?

Par qui ?

FORMATION(S) DEJA REALISEE(S):

Bulletin à renvoyer par :

- mail à Coralie Salanié : c.salanie@cra-mp.info
- courrier : CRA MP - Hôpital La Grave - Place Lange
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
- fax au 05.62.21.12.78

