

Bulletin d'Inscription à la Formation

JEUNE ENFANT À RISQUE DE / OU AVEC TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

PARMI LES TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT

**SIGNES PRÉCOCES, D'ALERTE, DÉPISTAGE,
DIAGNOSTIC, COMPORTEMENT ET FONCTIONNEMENT**

Lieu de Formation

Cabinet de Psychologie ESPAS-IDDEES - 3 rue Victoire-Américaine - 33000 BORDEAUX

A adresser par courrier postal ou par mail :

Jean-Louis ADRIEN - 20, rue de la Verrerie - 33000 Bordeaux

E-mail : jeanlouisdornat@gmail.com - Tél : 06 62 62 36 70

Formation susceptible d'être prise en charge par le FIF PL

COORDONNÉES DU STAGIAIRE

Nom :	Prénom :
Adresse :	Diplôme professionnel :
CP :	Numéro ADELI (si existant) :
Ville :	Lieu d'exercice professionnel :
Téléphone :	E-mail professionnel : _____@_____
Fixe :	
Portable :	

SESSION DE FORMATION SELECTIONNEE

Dates des sessions de formation	6 et 7 novembre 2018	12 et 13 mars 2019
Cocher la case correspondant à votre choix		

Groupe de 15 personnes au maximum par session

Durée de Formation = 14h

TARIFS DE FORMATION

		Cocher la case correspondant à votre situation
Etablissements	450 €	
Individuels	400 €	

Pris en charge par vous-même, à titre individuel

Pris en charge par un employeur ; dans ce cas, indiquer ci-dessous :

Nom établissement : _____

Service : _____

Nom du responsable signataire de la convention : _____

Nom du chargé de suivi de votre dossier : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Adresse de facturation :

Identique à l'adresse sur la convention

Autre : _____

Téléphone : _____

E-Mail du chargé de suivi de votre dossier : _____@_____

Règlement par chèque à l'ordre de	Jean-Louis Adrien : 20, rue de la Verrerie - 33000 Bordeaux			
Règlement par virement	Code Banque	Guichet	N° de compte	Clé RIB
	10907	00327	36019622118	48
IBAN = FR76 1090 7003 2736 0196 2211 848		Adresse SWIFT-Code International Banque (BIC) : CCBPFRPPBDX		