

## Formations de parents Année 2016 – 2017

### Bulletin d'inscription

**Noms (en majuscules) et prénoms :**

M. / Mme / Melle :

M. / Mme / Melle :

M. / Mme / Melle :

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**N° Tél. :**

**Courriel :**

- Parent  Grand-parent  Famille  Autre  (précisez) -----

- date de naissance de l'enfant sourd :                      - degré de surdité :

- type d'appareillage : contour  implant  bi-implant

- prise en charge de l'enfant :  
-----

**Sélectionnez votre session :**

octobre 2016 (AP1)       janvier 2017 (AP2)                       avril 2017 (AP3)   
-----

**Mon employeur peut financer cette formation. A ce titre, merci d'établir une convention au nom de (coordonnées de l'entreprise) :**  
-----

**Montant du chèque joint :**

**Nom de la banque :**

**N° du chèque :**

**date :**

**Fait le :**

**signature :**