

## BULLETIN D'INSCRIPTION DES PROFESSIONNELS

(remplir également une fiche FA\_LfPC ou FA\_Cued Speech par personne)

**INSCRIPTION**

☐ **Convention de formation**

☐ **Inscription individuelle**

**RESPONSABLE** à qui sera adressée la facture

Si convention de formation, précisez :

Établissement ou organisme : .....

Nom du signataire : .....

Fonction : .....

Dans tous les cas, précisez :

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**Adhérent** : ☐ L'établissement ☐ Association ☐ Professionnel

Numéro d'adhérent : .....

*Adhésion obligatoire pour toute inscription à une formation*

## STAGIAIRES

Nom et prénom	Profession
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M Nom : ..... Prénom : ..... E-mail ..... @ .....	<input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Professeur spécialisé <input type="checkbox"/> Étudiant : ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M Nom : ..... Prénom : ..... E-mail ..... @ .....	<input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Professeur spécialisé <input type="checkbox"/> Étudiant : ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....

## TARIFS ET REGLEMENT

	TARIFS	Nombre de participant	PRIX TOTAL
Convention de formation	1.200,00 €		
Inscription individuelle	542,00 €		
	<b>TOTAL</b>		<b>€</b>

**Acompte :** 100,-€ x ..... personnes = ..... €

### Règlement par :

#### ☐ Virement bancaire

IBAN : FR76 1820 6002 1965 0558 7974 090 / BIC : AGRIFRPP882

#### ☐ Chèque

N° .....

Banque : .....

Montant du chèque : ..... Date : .....

Si vous êtes contraint d'annuler votre séjour, l'acompte vous sera remboursé **diminué de 50,-€** de frais de dossier. **Attention** : au-delà du **25 juillet 2022**, **aucun remboursement** ne sera effectué.

Paiement du solde : une fois votre inscription validée, vous recevrez une **facture à payer dès réception**.