

Formations de parents Année 2018 – 2019 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 2018 (AP1)

Janvier 2019 (AP2)

Mars 2019 (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 :