

## **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 :**