

Fiche d'inscription

Année 2010 /2011

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de Naissance : / /

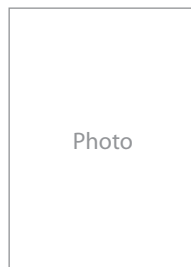
Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Portable :

Courriel :



Vous payez votre formation au tarif :

Réduit -> étudiant et lycéen, sans emploi, malentendant, parent d'enfant sourd

Individuel

Prise en charge (*uniquement pour les programme CECRL*)

Expérience en langue des signes : préciser le centre et le(s) niveau(x) :

Niveau : Centre : Date :

Niveau : Centre : Date :

Remplissez le tableau correspondant :

COURS HEBDOMADAIRES

de Novembre 2010 au Février 2011			de Mars à Juin 2011		
Jour	Moment	Niveau	Jour	Moment	Niveau
Mardi matin	9h30 - 12h30	LS1 <input type="checkbox"/>	Mardi matin	9h30 - 12h30	LS2 <input type="checkbox"/>
Jeudi matin	9h30 - 12h30	LS2 <input type="checkbox"/>	Jeudi matin	9h30 - 12h30	LS3 <input type="checkbox"/> ou LS2 <input type="checkbox"/>

STAGES SEMI-INTENSIFS

Cycle	Niveau	Période	Choix
Bienvenue	LS1	Novembre - Décembre 2010	<input type="checkbox"/>
	LS2	Janvier - Février 2011	<input type="checkbox"/>
Initiation	LS3	Mars - Avril 2011	<input type="checkbox"/>
	LS4	Avril - Mai - Juin 2011	<input type="checkbox"/>

STAGES INTENSIFS

Date	Semaine	Niveaux	Date	Semaine	Niveaux	Date	Semaine	Niveaux
Février 2011	n° 09	LS1 <input type="checkbox"/>	Avril 2011	n° 17	LS3 <input type="checkbox"/>	Juillet 2011	n° 27	LS1 <input type="checkbox"/>
	n° 10	LS2 <input type="checkbox"/>		n° 18	LS4 <input type="checkbox"/>		n° 28	LS2 <input type="checkbox"/>

Nouveau

ATELIER DÉCOUVERTE DE LSF

Cycle	Jour	Moment	Niveau	Choix
Atelier découverte	Mardi soir	17h30 - 19h	24 séances de 1h30	<input type="checkbox"/>

RÈGLEMENT À VOTRE CHOIX

Merci d'envoyer votre ou vos chèque(s) à l'ordre de **ACEDOO FORMATION**

	Date	Montant
1 ^{er} règlement	(au moment du cours)	
2 ^e règlement		
3 ^e règlement		

À REMPLIR DANS LE CAS D'UNE FORMATION PRISE EN CHARGE

Frais de formation payés par votre employeur ou autre organisme

1- **Vous êtes demandeur d'emploi**
 Vous êtes salarié, poste occupé dans l'entreprise :
Nom de votre employeur :
Adresse :
Code postal : □□□□□ Ville :
Nom et n° de téléphone de la personne responsable du dossier de prise en charge :
..... □□.□□.□□.□□.□□

2- **Votre formation est payée par votre entreprise**
 dans le cadre d'une convention au titre de l'alternance
 Votre formation est payée par un organisme paritaire
Nom de cet organisme (exemple : Fongecif) :
 au titre du plan de formation
 au titre de l'alternance
 au titre du congé individuel de formation
 Vous êtes salarié du Service Public
 Autres cas : votre formation est payée par un ou plusieurs organisme(s)
Nom et adresse de ou des organisme(s) :
.....

« J'ai pris connaissance des conditions générales et les accepte toutes » :

Date :

Signature :