

# Fiche d'inscription

## Année 2008 /2009

Mademoiselle     Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..../..../.....

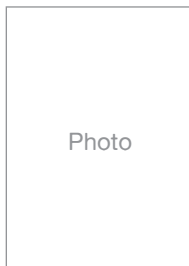
Adresse : .....

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

Tél. : ..... . ..... . ..... . ..... . ..... .

Portable : ..... . ..... . ..... . ..... . ..... .

Courriel : .....



Vous êtes :

Parent d'enfant sourd     Sourdeur     Malentendant  
 Étudiant / lycéen     Sans Emploi     Individuel

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

d'Octobre 2008 à Février 2009				de Mars à Juillet 2009					
Jour	Moment	Niveau	Choix	Jour	Moment	Niveau	Choix		
Lundi	Après-midi	LS1	<input type="checkbox"/>	Lundi	Après-midi	LS2	<input type="checkbox"/>		
	Soir	LS2	<input type="checkbox"/>		Soir	LS1	<input type="checkbox"/>	LS3	<input type="checkbox"/>
Mardi	Matin	LS5	<input type="checkbox"/>	Mardi	Matin	LS6	<input type="checkbox"/>	LS1	<input type="checkbox"/>
	Soir	LS1	<input type="checkbox"/>		LS3	<input type="checkbox"/>	Soir	LS2	<input type="checkbox"/>
Mercredi	Matin	LS1	<input type="checkbox"/>	Mercredi	Matin	LS2	<input type="checkbox"/>		
	Soir	LS3	<input type="checkbox"/>		LS5	<input type="checkbox"/>	Soir	LS4	<input type="checkbox"/>
Jeudi	Soir	LS1	<input type="checkbox"/>	Jeudi	Soir	LS2	<input type="checkbox"/>		

### STAGES SEMI-INTENSIFS

Cycle	Niveau	Période	Choix
Bienvenue	LS1	Novembre - Décembre 2008	<input type="checkbox"/>
	LS2	Janvier - Février 2009	<input type="checkbox"/>

### STAGES INTENSIFS

Date	Semaine	Niveau	Choix	Date	Semaine	Niveau	Choix
Octobre 2008	n° 44/08	.....	<input type="checkbox"/>	Avril 2009	n° 15/09	.....	<input type="checkbox"/>
					n° 16/09	.....	<input type="checkbox"/>
Février 2009	n° 07/09	.....	<input type="checkbox"/>	Juillet 2009	n° 28/09	.....	<input type="checkbox"/>
	n° 08/09	.....	<input type="checkbox"/>		n° 30/09	.....	<input type="checkbox"/>

### RÈGLEMENT À VOTRE CHOIX

Merci d'envoyer votre ou vos chèque(s) à l'ordre du CSCS 44

	Date	Montant
1 <sup>er</sup> règlement	(au moment du cours)	
2 <sup>e</sup> règlement		
3 <sup>e</sup> 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, en annexe, et les accepte toutes » :

Date :

Signature :