

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
BRAILLE****Formation choisie**

- Braille intégral
- Braille Sense

Date(s) : _____

Objectifs poursuivis**Renseignements personnels**

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

E-mail : _____

Statut

- Particulier : _____
- Parent d'un enfant sourd ; précisez son Nom-Prénom : _____
- Membre de la fratrie d'un enfant sourd ; précisez son Nom-Prénom : _____

- Enseignant AESH
- Précisez si vous accompagnez un enfant suivi par l'IDSD Le Phare :
 - Oui ; précisez son Nom-Prénom _____
 - Non

- Etudiant (joindre copie de la carte d'étudiant)
- En recherche d'emploi (joindre un justificatif)
- Retraité
- Autre
- Formation par entreprise :

Nom de l'employeur

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Cachet de l'entreprise

Et signature de l'employeur :

Par ma signature sur ce document, j'atteste avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des tarifs joints.

Fait à _____

Le _____

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »