

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
LANGUE DES SIGNES FRANCAISE**

Formation choisie

- Modules thématiques : _____
- Module maintien des compétences : Niveau : _____
- Semaine intensive : Niveau : _____
- Cours du soir : Niveau : _____

Date(s) : _____

Niveau de LSF : Non Oui : Dernier niveau validé : _____

Objectifs poursuivis

Renseignements personnels

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Téléphone fixe _____ Portable _____

E-mail _____

Statut

- Particulier
- Parent d'un enfant sourd ; précisez ses Nom-Prénom_____
- Membre de la fratrie d'un enfant sourd ; précisez ses Nom-Prénom_____
- AESH ; précisez si vous accompagnez un enfant suivi par l'IDSD Le Phare :
 - Oui ; précisez ses Nom-Prénom_____
 - Non
- Etudiant (joindre copie de la carte d'étudiant)
- Chômeur (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 »