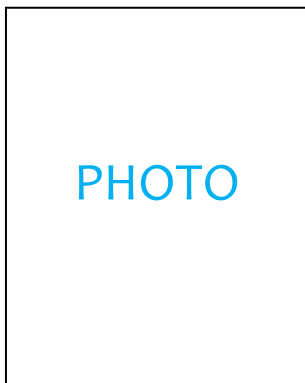




DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION

« VIS-Valoriser mon Identité Sourde »

Dates : du 22/04 au 03/05/2024



Nom : _____

Prénom : _____

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) _____, déclare avoir pris connaissance des conditions générales et du règlement intérieur* de l'association LSF Med et y adhérer.

Fait le __ / __ / ____

A _____

Signature

* téléchargeables sur notre site internet www.lsfmed.org

Dossier COMPLET à retourner à l'adresse suivante :

1. Renseignement sur le stagiaire

Madame Monsieur Sourd Malentendant

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : __ / __ / ____ Profession : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Sms : __ / __ / __ / __ / __

Mail : _____ @ _____

En cas de financement par un tiers (Prise en charge ou Formation Continue)

Nom de l'entreprise/organisme financeur : _____

Personne chargée du dossier : _____

Tél. : __ / __ / __ / __ / __ Adresse mail : _____ @ _____

Adresse : _____

2. Coût de la formation et pièces à fournir (Chèques à établir à l'ordre de LSF Med)

Cocher la case	FINANCEMENT	PIECES A FOURNIR
<input type="checkbox"/>	Tarif Plein 420 euros + 15 euros d'adhésion	<input type="checkbox"/> 2 timbres <input type="checkbox"/> 1 chèque d'adhésion d'un montant de 15 € <input type="checkbox"/> 1 chèque de 420 € OU 3 chèques de 140 €
<input type="checkbox"/>	Tarif Réduit (Demandeurs d'emploi, étudiants) 360 euros + 15 euros d'adhésion	<input type="checkbox"/> 2 timbres <input type="checkbox"/> Un justificatif (attestation Pôle Emploi, carte d'étudiant) <input type="checkbox"/> 1 chèque d'adhésion d'un montant de 15 € <input type="checkbox"/> 1 chèque de 360 € OU 3 chèques de 120 €
<input type="checkbox"/>	Prise en charge (MDPH, Agefiph, Pôle Emploi...) 600 euros + 15 euros d'adhésion	<input type="checkbox"/> 2 timbres <input type="checkbox"/> 1 chèque d'adhésion d'un montant de 15 € <input type="checkbox"/> Copie de l'accord de prise en charge
<input type="checkbox"/>	Formation Continue (plan de formation...) 1200 euros + 15 euros d'adhésion	<input type="checkbox"/> 2 timbres au tarif en vigueur <input type="checkbox"/> 1 chèque d'adhésion d'un montant de 15 € <input type="checkbox"/> Copie de l'accord de prise en charge

3. PAIEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE

RIB : 42559 10000 08004556194 97

Domiciliation : CREDIT COOPERATIF

CODE BIC : CCOPFRPPXXX

IBAN : 4255 9100 0008 0045 5619 497

Dossier COMPLET à envoyer à l'adresse suivante :

LSF Med

Dossier d'inscription

20 Rue Raphael

13008 MARSEILLE

Bienvenue dans le monde de la LSF ...

20 rue Raphaël - 13008 Marseille

04 91 79 96 81

contact@lsfmed.org

www.lsfmed.fr

SIRET : 329 368 823 00 111

NAF : 8559 A

Association Loi 1901 sans but lucratif, reconnue d'intérêt général

Affiliation à la Fédération Nationale des Sourds de France

Numéro de déclaration d'activité : 93 13 00 793 13

