

FICHE D'INSCRIPTION

Intitulé de la formation : « **Autism Diagnostic Interview-Revised - ADI-R** »

Dates :

INFORMATIONS STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Email :

Profession :

SI PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone du service formation (*) :

E-mail du service formation (*) :
(* ou de la personne en charge de l'inscription)

COÛT PÉDAGOGIQUE

Tarif individuel - 1050 Euros

Tarif établissement - 1250 Euros

*Matériel obligatoire non compris, à acheter auprès de la société HOGREFE. Le cersa n'intervient pas dans cette transaction.
contact@hogrefe.fr / 01 53 24 03 70*

RÈGLEMENT

Espèces Chèques Virement : Compte Caisse d'Épargne

IBAN FR76 1313 5000 8008 0021 3685 424

Merci de renseigner le nom du stagiaire ou le numéro de facture sur l'ordre de virement

Le règlement se fait à réception de facture, à l'issue de la formation pour les établissements et sur place pour les individuels.

FAIT À : **LE :**

SIGNATURE :

(Signature de la personne financant la formation et cachet s'il y a lieu)

Fiche d'inscription à retourner complétée et signée à :

pole-formation@cersa.fr ou Association Cersa - Pôle formation - 33 rue de Lisieux - 31300 TOULOUSE