FORMATION SOCLE MAKATON

BULLETIN D'INSCRIPTION (un par participant)

Lieu : LILLE

Les 5-6 mars et 2-3 avril 2026

Référence formation : FO-26-05

NOM ……**Prénom** :……

Etes-vous ? ☐ Parent ☐ Professionnel libéral ☐ Professionnel en institution ☐ Autre (précisez) : ……

Adresse Personnelle :

N° : …….. Rue : ……

Code Postal :…….. Ville :…… ……

Téléphone personnel :…… Email : ……

Vous êtes parent	*Vous êtes professionnel*
Date de naissance de votre enfant : …… Nature des troubles : …… …… …… …… ……	*Profession :* …… …… Lieu d'exercice : (coordonnées) …… …… …… …… …… …… …… Tel : …… …… Adresse à utiliser par l'association : Professionnelle ☐ Personnelle ☐
Lieu d'accueil (établissement scolaire, médico-social, autre) …… …… …… …… …… ……	
Suivi orthophonique : oui ☐ non ☐ Si oui : nom et adresse de l'orthophoniste : …… …… …… ……	Combien d'enfants ou d'adultes accompagnez-vous susceptibles de bénéficier du Makaton : …… …… ……

Une application vous sera remise en cours de formation.

Pour cela, merci de nous préciser si vous utilisez un appareil :

☐ Andoïd -

☐ Apple

Adresse mail où vous envoyer le code : ……

▼ Pour une inscription définitive ▼

Merci de retourner ce bulletin d'inscription signé, de vos règlements ou votre accord de pris en charge.

☐ En cochant cette case, j'accepte et je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (document ci-après)

DATE :

SIGNATURE :

(cachet de l'établissement pour les professionnels en institut)

Les informations recueillies lors des inscriptions, font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association.
En application des articles 39 et suivants la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de l'association : AAD MAKATON – 212 Rue Roger Salengro – CS 60221 – 85006 La Roche Sur Yon Cedex