

FORMATION SOCLE MAKATON

BULLETIN D'INSCRIPTION (un par participant) Lieu: ST NAZAIRE

Les 16-17 février et 13-14 avril 2026

Référence formation: FO-26-19

NOMPrénom :	
Etes-vous ? 🔲 Parent 🗌 Professionnel libéral 🔝 Professionnel en institution 🔲 Autre (précisez) :	
Adresse Personnelle :	
N° : Rue :	
Code Postal : Ville :	
Téléphone personnel : Email : Email :	
Vous êtes parent	Vous êtes professionnel
Date de naissance de votre enfant :	<u>Profession :</u>
Nature des troubles :	Lieu d'exercice : (coordonnées)
Line dia anni 1/4 balling anni anni anni anni anni anni anni a	
Lieu d'accueil (établissement scolaire, médico-social, autre)	
	Tel:
	Adresse à utiliser par l'association : Professionnelle Personnelle
Suivi orthophonique : oui □ non □	Combien d'enfants ou d'adultes accompagnez-vous
Si oui : nom et adresse de l'orthophoniste :	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 :	
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:

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

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