



**PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE
DE LA PERSONNE AGEE MALVOYANTE**

Numéro d'autorisation d'activité de formation accordé par la Direction Régionale du travail du L.R:91 30 028 15 30
N°siret : 502 124 522 00017

FICHE D'INSCRIPTION

A IMPRIMER ET A RENVOYER A L'ADRESSE SUIVANTE :

ASSOCIATION CF 30 53 RUE HENRI REVOIL 30900 NIMES

	INTITULE DU MODULE	CHOIX
Module 1 (27h)	Approche pluridisciplinaire complète de la malvoyance chez la personne âgée.	
Module 2 (8h)	Sensibilisation pluridisciplinaire à la malvoyance chez la personne âgée.	
Module 3 (8h)	Formation à la demande, en résidentiel ou en intra. Les thèmes peuvent être, soit choisis à l'intérieur du module 1 , soit proposés par les structures ou les établissements.	

Cochez par un « X » dans la colonne orange le module qui vous intéresse

Nom :

Prénom :

Fonction :

Etablissement ou service :

Adresse de l'établissement ou du service :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Email :

Date de la session de stage :

Adresse ou devra être envoyé la facture :

Modalités de règlement : 30 % à l'inscription, le solde à la fin du stage.

- Accepte les modalités d'inscription et de règlement.

Fait à :

Le :

Nom et prénom du signataire :

Cachet et signature de l'employeur