

BULLETIN D'INSCRIPTION

INTERVENIR AUPRES DE PERSONNES AVEC AUTISME En Région Centre Val-de-Loire

Inscriptions dans la limite des places disponibles

NOM DU MODULE	PUBLICS	DUREE	PRE REQUIS	COUT
Modules 1 et 2				
Connaître et comprendre les troubles du spectre autistique et les spécificités du fonctionnement des personnes avec autisme	Ouvert à tous	3 jours 21 h	Pas de pré-requis	Professionnels : 280€ Aidant – Demandeur d'emploi : 50€
Module 3 La mise en œuvre d'un accompagnement médico-social adapté	Ouvert uniquement aux professionnels	5 jours 35 h	Avoir suivi les modules 1 et 2 ou avoir déjà suivi une formation sur les spécificités du fonctionnement autistique	Professionnels : 455€

STAGIAIRE

Madame

Monsieur

Nom usuel

Prénom

Adresse

Code postal /_/_/_/_/_/

Ville

 (fixe) /_/_/_/_/_/

 (portable) /_/_/_/_/_/

 (mail)

Statut :

Demandeur d'emploi

Aidant

Salarié : Professionnel de santé souhaitant valider son DPC

N° ADELI : N° RPPS :

Autre

INSCRIPTION

	Inscriptions (case à cocher)	Lieu de la formation souhaité	PRO.	AIDANTS / DEMANDEURS D'EMPLOI
Modules 1 et 2 : Connaître et comprendre les troubles du spectre autistique et les spécificités du fonctionnement des personnes avec autisme		<input type="checkbox"/> OLIVET	280 €	50 €
Module 3 : La mise en œuvre d'un accompagnement médico-social adapté		<input type="checkbox"/> TOURS	455 €	
TOTAL				

STAGIAIRES RESIDENTS DES DEPARTEMENTS 18, 28 et 45

STAGIAIRES RESIDENTS DES DEPARTEMENTS 36, 37 et 41

LIEU DE FORMATION PREVILLEGIE	ERTS d'OLIVET	ITS de TOURS
	<u>DATES PREVISIONNELLES</u>	<u>DATES PREVISIONNELLES</u>
PERIODE DE FORMATION 2020	Module 1 et 2: 30, 31 Mars et 1 ^{er} Avril Module 3 : 11 et 12 Mai, 8, 9 et 29 Juin	Modules 1 et 2: Les consulter Module 3 : Les consulter
RETOUR DES BULLETINS D'INSCRIPTION	ERTS Service Développement, Formations Continues et Territoires 2032 Rue du Général de Gaulle CS 60 002 45166 OLIVET Cedex www.erts-olivet.org	ITS Pôle Formation Continue 17 Rue Groison – BP 77554 37075 TOURS Cedex2 www.its-tours.com
DATE LIMITE DEPOT DES BULLETINS	28 février 2020	A définir
CONTACTS	Responsable : Valérie LARMIGNAT Secrétariat fcdeveloppement@erts-olivet.org Ligne directe : 02 38 76 22 32	Responsable : Pierre Yves LHOUMEAU Secrétariat : Hélène TESSON formation.continue@its-tours.com Ligne directe : 02 47 62 33 36

Mode de règlement : (*attention ! ne seront traitées que les inscriptions accompagnées du règlement ou de l'avis d'engagement administratif*)

- Par chèque joint à l'ordre de l'ERTS ou de l'ITS selon le lieu choisi
- Par virement (préciser l'objet)

ARDEQAF - ERTS : CREDITCOOP – Orléans : Code banque 42559 - Code Guichet 00025 – Compte n° 41020030895 - Clé RIB 80

ITS : BPVF TOURS NATIONALE – Code Banque : 18707 – Code Guichet : 00066 – Compte n°30821342216 Clé RIB : 50

- A réception d'une facture pour les employeurs

Annulation :

En cas de dédit, à moins de huit jours francs avant le début de l'action mentionnée à l'article I ou d'abandon en cours de formation, l'organisme de formation retiendra sur le coût total, les sommes qu'il aura réellement dépensées ou engagées pour la réalisation de ladite action, conformément aux dispositions de l'article L.920-9 du Code du Travail. Toutes absences devront être justifiées auprès de l'organisme de formation le plus rapidement possible et n'engagera en aucun cas une facturation différente sur les frais de formation.

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

(exemplaire à retourner lors de l'inscription)

Etablissement employeur : _____

Adresse : _____

Code Postal / Ville : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Je soussigné(e) _____ Directeur, Directrice de l'établissement
ci-dessus désigné atteste :

*** Autoriser :**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom _____

Prénom _____

Poste occupé durant la formation _____

à suivre le ou les module(s) INTERVENIR AUPRES DE PERSONNES AVEC AUTISME
En Région Centre Val-de-Loire

- Modules 1 et 2 : Connaître et comprendre Les troubles du spectre autistique et les spécificités du fonctionnement des personnes avec autisme: 280 €
- Module 3 : La mise en œuvre d'un accompagnement médico-social adapté : 455 €

*** et financer la formation par :**

Un financement OPCA (sous réserve de l'accord), préciser lequel : _____

Le budget de l'établissement

Autre (préciser) : _____

Pour un coût de : _____

Fait à

Le

Cachet de l'établissement

La Directrice,
Le Directeur,

Attestation de Financement

(Exemplaire à retourner lors de l'inscription)

Pour les Aidants et les demandeurs d'emploi

Nom Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Fax _____ E-mail _____

Je soussigné(e) _____

*** Atteste financer la formation INTERVENIR AUPRES DE PERSONNES AVEC AUTISME
En Région Centre Val-de-Loire**

- Modules 1 et 2 : Connaître et comprendre Les troubles du spectre autistique et les spécificités du fonctionnement des personnes avec autisme: 50 €

Pour un coût de : _____

Par :

- Financement personnel
 Pôle emploi : _____ (fournir preuve de financement)
 Autres (à préciser) : _____ (fournir preuve de financement)

Fait à

Le

Signature