



À retourner à **Fondation Autisme Luxembourg**
68, route d'Arlon, L-8310 Capellen ou autisme@fal.lu

FORMULAIRE D'INSCRIPTION (1 bulletin par participant / formation)

Nom de la formation :

Date(s) : N° :

M^{me} / M^{lle} / M. (Nom/prénom) :

Adresse

Code Postal Localité Pays

Téléphone E-mail

Statut : parent étudiant professionnel : enseignant, psychologue,

Connaissances de base sur l'autisme : oui non

Si la formation est prise en charge par un établissement :

Le Directeur, M^{me}, M.

Etablissement / organisme

Adresse complète (**OBLIGATOIRE**) : Rue

Code Postal Localité Pays

Téléphone Fax

E-Mail

Règlement par virement sur le compte de la FAL : BCEE LU46 0019 1055 2305 4000.

Pour les personnes atteintes d'autisme, parents et étudiants : réduction 50 %.

La facture sera envoyée après la formation.

Adresse de facturation (si différente)

.....

Remarques ou questions :

.....

.....

Fait à le

Signature : Cachet :

An **Fondation Autisme Luxembourg** zurückschicken
68, route d'Arlon, L-8310 Capellen oder autisme@fal.lu

ANMELDEFORMULAR (1 Formular pro Teilnehmer / Weiterbildung)

Titel der Weiterbildung :

Datum der Weiterbildung : Nr :

Frau / Herr (Name/Vorname :)

Adress

Postleitzahl Ort Land

Telefonnummer E-mail.....

Funktion : Elternteil Student Fachperson : Lehrer, Psychologe,

Grundwissen über Autismus : Ja Nein

Wenn Weiterbildung von einer Organisation übernommen wird

Der/Die Direktor(in), Frau / Herr

Institut / Organisation

Vollständige Anschrift:

PostleitzahlOrt Land

TelefonnummerFax

E-Mail

Zahlung mittels Überweisung auf das Konto der FAL : BCEE LU46 0019 1055 2305 4000.

Für Personen mit Autismus, Eltern und Studenten gilt 50 % Nachlass.

Die Rechnung wird nach der Weiterbildung verschickt.

Rechnungsanschrift (falls unterschiedlich)

.....

Fragen und Bemerkungen :

.....

.....

Ausgestellt in den

Unterschrift : Stempel :