



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 de la formation

M^{me} / M^{lle} / M.

Nom/prénom

Adresse

Code Postal Localité Pays.....

Téléphone E-mail

Je suis :

parent étudiant accompagnateur bénévole professionnel : enseignant, psychologue,

Connaissances de base sur l'autisme : oui non

Si la formation est prise en charge par un établissement/organisme :

Le Directeur, M^{me}, M.

Etablissement / organisme

Adresse complète (OBLIGATOIRE) : Rue

Code Postal Localité Pays

Téléphone Fax

E-Mail

Pour les personnes atteintes d'autisme, les bénévoles et accompagnateurs participant à un séjour, colonie ou bien une sortie : gratuit.

Pour les parents des personnes TSA et les étudiants : réduction 50 %.

La facture sera envoyée après la formation.

Adresse de facturation (si différente)

.....

Remarques ou questions

Fait à le

Signature Cachet



An die **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

Frau / Herr Name/Vorname

Adresse

Postleitzahl Ort Land

Telefonnummer E-mail

Ich bin :

Elternteil Student Begleiter Ehrenamtlicher Fachperson : Lehrer, Psychologe,

Grundwissen über Autismus : Ja Nein

Wenn die Weiterbildung von einer Organisation/Institut übernommen wird:

Der/Die Direktor(in), Frau / Herr

Institut / Organisation

Vollständige Anschrift:

Postleitzahl Ort Land

Telefonnummer Fax

E-Mail

Für Personen mit Autismus, Ehrenamtliche und diejenigen, die einen Urlaub begleiten: kostenlos.

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

Die Rechnung wird nach der Weiterbildung verschickt.

Rechnungsanschrift (falls unterschiedlich)

.....

Fragen und Bemerkungen

Ausgestellt in den

Unterschrift Stempel



to return to **Fondation Autisme Luxembourg**
68, route d'Arlon, L-8310 Capellen or autisme@fal.lu

REGISTRATION FORM (1 form per participant / training)

Title of the training

Date of the training

Mrs/ Miss/ Mr

Name/first name

Address

Postal code City Country

Telephone E-mail

I am :

parent student accompanyist volunteer professional : teacher, psychologist,

Basic knowledge about autism : yes no

If the training is supported by an institution/organisation:

The director, Mrs, Mr

Institution / organisation

Full address (MANDATORY): Street

Postal code City Country

Telephone Fax

E-Mail

For people with autism, volunteers and those accompanying a holiday: free.

For parents of people with autism and students: 50 % discount.

The invoice will be sent after the training.

Billing address (if different)

.....

Remarks or questions

City Date

Signature Stamp