



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Formation TEACCH® – Au-delà des fondamentaux BTB (Beyond the basics) Formation en distanciel avec traduction simultanée

Merci de compléter ce formulaire avec soin. Les informations fournies seront examinées avant la validation définitive de votre inscription.

Informations de contact

NOM et Prénom : _____

Adresse postale – Rue + n° : _____

Code postal / VILLE : _____

PAYS : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Besoins particuliers en matière d'accessibilité

Avez-vous besoin d'aménagements particuliers ou de mesures d'accessibilité afin de participer à cette formation ?

☐ Non

☐ Oui (*merci de préciser*) : _____

Formation TEACCH® préalable

Veuillez indiquer la **date** et le **lieu** de votre dernière formation « formation pratique TEACCH® de 5 jours », ainsi que le **nom du directeur/de la directrice de la formation**.

Date : _____ Lieu : _____

Nom du directeur/de la directrice : _____

Parcours professionnel et expérience

Veillez rédiger un court texte (*1 000 caractères maximum, en un ou deux paragraphes*) présentant votre parcours professionnel ainsi que l'expérience que vous pourriez apporter à ce séminaire. (*Votre candidature sera examinée avant l'approbation de votre inscription*).

Attentes concernant le séminaire

Qu'espérez-vous apprendre lors de ce séminaire ?

Questions ou problématiques liées aux thèmes du séminaire

Quelles questions ou problématiques souhaiteriez-vous aborder en lien avec les thèmes proposés ?

Autres questions ou problématiques

Avez-vous d'autres questions ou problématiques qui ne sont pas directement liées aux thèmes spécifiques du séminaire ?

Contexte professionnel actuel

Veuillez cocher la réponse appropriée :

- ☐ Classe ordinaire
- ☐ Classe en enseignement spécialisé
- ☐ Thérapeute
- ☐ Structure résidentielle / Accompagnement à domicile
- ☐ Institution (*IME, Centre de jour, Centre de loisirs...*)
- ☐ Emploi accompagné/coaching professionnel
- ☐ Sans objet
- ☐ Autre : _____

Comment avez-vous entendu parler de cette formation TEACCH® ?

Veuillez cocher la réponse appropriée :

- ☐ Directeur(trice) de centre
- ☐ Courriel TEACCH®
- ☐ Moteur de recherche
- ☐ Réseaux sociaux
- ☐ Recommandation / Bouche-à-oreille
- ☐ ECLAIR-Autisme
- ☐ Autre : _____

Déclaration

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Date : _____ Signature : _____

Formation en partenariat avec :



Veuillez envoyer le formulaire d'inscription dûment complété à l'adresse suivante :

autisme@fal.lu

Remarque :

Les inscriptions seront prises en compte dans l'ordre de leur réception. L'inscription ne sera considérée comme définitive qu'après confirmation écrite de la FAL et réception du paiement du montant correspondant.