

**BULLETIN D'INSCRIPTION***(Date limite d'inscription : un mois avant la formation – au-delà : contacter le secrétariat)***Intitulé exact du module de formation (et dates si précisées) :****Accessibilité aux personnes en situation de handicap :**

L'ADTFA étudie les besoins et propose une adaptation de ses moyens suivant la typologie du handicap.

**Référent handicap :** Karine NEGRO-TARANTOLA

Êtes-vous en situation de handicap ? :

 OUI  NON

Avez-vous des besoins de compensation pédagogique ou matérielle ? :

 OUI  NON**Participant(e) :**

NOM, Prénom : ..... Diplômes :  
Adresse personnelle : .....  Psychologue  
CP : ..... Ville : .....  Médecin psychiatre  
Téléphone : .....  Autre (à préciser)  
E-mail : .....

**Structure (Institution, Entreprise, Association, etc.) :**

Raison Sociale : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
E-mail : .....  
Nom du Responsable de la formation continue : .....

**Financement (cocher le financement envisagé) :**

- Par la structure (paiement à l'issue de la formation)
- Par un OPCO  
Nom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....
- À titre individuel (paiement lors de l'inscription)\* - Ci-joint mon règlement par :  
 Chèque bancaire : ADTFA, 39 rue Paradis 13001 Marseille ou virement  
 Virement bancaire : IBAN FR76 1460 7000 5346 8136 4550 128

**Date et Signature :****Nom, (Cachet si financement structure / OPCA)**

*\*Pour toute annulation à moins de quinze jours, la formation sera due ; pour toute annulation à moins de trente jours, la formation sera due pour moitié.*