



à retourner à **Fondation Autisme Luxembourg**  
68, route d'Arlon, L-8310 Capellen ou [formation@fal.lu](mailto:formation@fal.lu)

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

Nom de la formation .....

Date de la formation .....

M<sup>me</sup> / M<sup>lle</sup> / 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<sup>me</sup>, M. ....

Etablissement / organisme .....

**Adresse complète (OBLIGATOIRE) :** Rue .....

Code Postal ..... Localité ..... Pays .....

Téléphone ..... Fax .....

E-Mail .....

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

**Pour les bénévoles et accompagnateurs participant à un séjour : gratuit.**

**La facture sera envoyée après la formation.**

Adresse de facturation (si différente) .....

.....

Remarques ou questions .....

Fait à ..... le .....

Signature ..... Cachet .....