

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU COLLOQUE

Tarif Normal Réduit (étudiant)

Inscription, 40,00 € 20,00 €

	bullet inclus						
Adresse							
Adresse							
Adresse							
Adresse							
Nom, Prénom Adresse Courriel Tél							
Nombre de pers	onnes	Tarif	Total				
nombre de pers	omics	Turn.	=				
Merci d'indiquer si vous désirez :							
☐ Justificatif de pre	ésence nominatif						
☐ Facture nominat	ive ou au nom de	l'établissement	t				
Participation au colle sur-Huveaune, le 15		oloi de la persor	nne avec autisme » à La P	enne-			
Veuillez libeller le ch URAFSE - 3, allée de							
			envoyer avec vos coordor -sur-Huveaune.	nnées à :			

@:secretariat@unionregionaleautismefrancesudest.fr - D: 07 81 32 72 80



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU COLLOQUE

	Tarif	Normal	Réduit (ét	udiant)
	Inscription, Buffet inclus	40,00 €	20,00	€
Nom, Prénom Adresse Courriel				
Nom, Prénom				
Courriel Nombre de pers				
Courriel		Tél		
Nombre de pers	onnes	Tél		
Nombre de perso	onnes ous désirez :	Tarif	f	=
Nombre de personne	onnes ous désirez : sence nominati	Tarit	F	=
Courriel	onnes ous désirez : sence nominati ve ou au nom d	Tarif f	sement	=
Nombre de perso Merci d'indiquer si vo Justificatif de pré Facture nominati Participation au collo	onnes ous désirez : sence nominati ve ou au nom d oque « Vers l'en mars 2014. èque à l'ordre d	f Ie l'établiss aploi de la	sement personne av	ec autism