BULLETIN D'INSCRIPTION NOMINATIF

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur Nom : Prénom :

Adresse complète :

Tel : Mail :

☐ Je suis une personne autiste : ☐ oui ☐ non

☐ Je suis parent de : Né(e) le :

Une participation de 5 € est demandée par groupe et date choisis.

Inscription à :

ACTIONS PROCHES AIDANTS

Accès aux soins GPA1 (Les places sont limitées à 10 personnes par lieu)

☐ Vendredi 13 Septembre 2024 à SAINT-AVOLD - 65 Boulevard de Lorraine -

☐ Vendredi 18 Octobre 2024 à REMELFING - 26 Rue du Château -

☐ Vendredi 15 Novembre 2024 à RICHEMONT - Place de l'église -

Autisme et sommeil GPA2 (Les places sont limitées à 10 personnes par lieu)

☐ Vendredi 27 Septembre 2024 à RICHEMONT - Place de l'église -

☐ Vendredi 22 Novembre 2024 à REMELFING - 26 Rue du Château -

☐ Vendredi 06 Décembre 2024 à SAINT-AVOLD - 65 Boulevard de Lorraine -

ACTIONS AIDE ENTRE PAIRS - RESERVES AUX PERSONNES AUTISTES

La parentalité GPA3 (Les places sont limitées à 15 personnes)

☐ Vendredi 29 Novembre 2024 à SAINT-AVOLD - 65 Boulevard de Lorraine -

Comprendre mon fonctionnement autistique GPA4 (Les places sont limitées à 10 personnes par lieu)

☐ Vendredi 20 Septembre 2024 à SAINT-AVOLD - 65 Boulevard de Lorraine -

☐ Vendredi 11 Octobre 2024 à REMELFING - 26 Rue du Château -

☐ Vendredi 08 novembre 2024 à RICHEMONT - Place de l'église -

Nombre de Groupes de parole et dates choisis : _____ x 5 € Soit un total à payer de : _____€

Payé par : ☐ **Chèque** (à l'ordre de : Association Envol Lorraine) ☐ **Espèces**

A retourner par courrier à Association Envol Lorraine 55 Avenue Principale 57500 SAINT-AVOLD

Avec le soutien financier du Département de la Moselle