|  |
| --- |
| **Formulaire d’inscription CRT Cœur d’Hérault****INFOMATION / FORMATION et AMELIORATION DES PRATIQUES – GRATUITES** |
| Pour qui ? | **Aidants familiaux AF et Aidants professionnels AP de personnes âgées** |
| Durée ? | **2 heures** de 14h15 à 16h15 |
| Lieu ? | **Lycée Privé Agricole Vallée de l'Hérault** - Chemin de carabotte, 34150 Gignac |
| Modalités d’inscription ? | Retourner la demande à **contact.crt@gecoh.fr**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Structure / Etablissement** |   | **Date de la demande** |   |
| **Nom Prénom Responsable** |   | **Fonction**  |   |
| **Mail** |   | **Téléphone** |   |

**INSCRIPTIONS PARTICIPANT.E.S**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code session** |   | **Date session** |   | **Intitulé thématique** |   |
| Mme/M.  | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
| Mme/M. | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
| Mme/M. | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code session** |   | **Date session** |   | **Intitulé thématique** |   |
| Mme/M.  | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
| Mme/M. | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
| Mme/M. | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code session** |   | **Date session** |   | **Intitulé thématique** |   |
| Mme/M.  | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
| Mme/M. | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |
| Mme/M. | Nom Prénom |   | Préciser **AF ou AP**et fonction  |   | Tél |   | Mail |   |