



Association
des **L**udothèques
Françaises

Bulletin de pré-inscription (HORS Formation d'Eté)

Remplir **tous** les champs. L'inscription ne sera définitive qu'après le retour de la **convention signée**.
Ce bulletin est à compléter et retourner à **courrier@alf-ludotheques.org** ou ALF, 180 bis rue de Grenelle 75007 PARIS. Pour toute question, vous pouvez nous contacter par mail ou au **01-43-26-84-62**

Le **règlement intérieur** de la formation est disponible sur notre site.

NOM DE LA FORMATION (Type de public et pré-requis à vérifier dans le catalogue avant inscription) :

.....

DATES CHOISIES :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

FRAIS ADMINISTRATIFS ET PEDAGOGIQUES :

- Salarié-e ou volontaire en service civique hors ALF :
 A la journée, nombre de journée : x 200€ =€
 Forfait semaine de 4 jours : 680€
 Forfait semaine de 5 jours : 750€.
- Volontaire en service civique ALF : demi-tarif.
 Porteur de projet sans structure (joindre une lettre de motivation) : demi-tarif.
En cas d'annulation, 20€/journée annulée seront conservés et facturés.
- Bénévole (joindre une attestation de bénévolat) : gratuit

LE/LA PARTICIPANT-E :

Nom : **Prénom :**

Mail : **Tél :**

Années d'expérience en ludothèque :

A déjà suivi des formations à l'ALF : Oui Non. Si oui, lesquelles :

.....

Diplôme éventuel de ludothécaire : Oui Non

Autre :

Quelles connaissances avez-vous déjà sur le sujet :

.....

Quels intérêts ou attentes avez-vous vis à vis de ces thèmes :

.....

Vous vous inscrivez à titre : Individuel Dans la cadre d'une structure

Vous autorisez l'ALF à prendre des **images** Oui Non

Êtes-vous une personne en situation de handicap ? Oui Non

Pour toute personne en situation de handicap, l'ALF prendra contact directement avec vous afin de définir les conditions d'accueil lors de la formation.

VOTRE LUDOTHEQUE (ou autre structure) S'IL Y A LIEU :

Nom :

Adresse postale :

CP : **COMMUNE :**

180 bis rue de Grenelle 75007 PARIS • 01 43 26 84 62 • www.alf-ludotheques.org • courrier@alf-ludotheques.org •

n° Siret : 37 762 980 300 067 • Code APE : 9499 Z • n° OF : 11 75 50 772 75 - Certifié Qualiopi

Mail : **Tél :**

Caractéristiques : Fixe Mobile-itinérante /Milieu: Urbain Rural / Tout public

Public spécifique (préciser) :

L'ORGANISME A FACTURER (si différent de la structure) :

Nom : **Adresse postale :**

.....

..... **CP :** **COMMUNE :**

.....

Mail : **Tél :**

.....

Si cet organisme n'est pas celui qui règle directement la formation à l'ALF, merci de préciser le nom du centre payeur (uniformation...) :

.....

Date :

Nom, signature et tampon de la STRUCTURE(ou du/de la participant-e en cas d'inscription individuelle):