



C.L.E.F.S.

Collectif de Liaison et d'Échanges sur les Familles et les Systèmes

La certification qualité a été a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : **ACTIONS DE FORMATION**

Siret : 432 625 267 00039 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

17 Ter, impasse Pignotte 84000 AVIGNON

[Mail : assoclefs84@gmail.com](mailto:assoclefs84@gmail.com) [Web : www.clefs84.org](http://www.clefs84.org)

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-echanges-familles-et-systemes

Tél : 06.88.05.00.12

FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION

**LES REGULATIONS SOCIALES ET FAMILIALES
DES PRATIQUES D'ALCOOLISATION ET DE PSYCHOTROPES
Ludovic GAUSSOT & Nicolas PALIERNE
Jeudi 13 Juin 2024**

Prénom : Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail :

En cas de prise en charge par l'employeur

Société ou organisme :

Personne à contacter :

Personne signataire de la convention :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel : Mail :

La fiche d'inscription et/ou le bulletin d'adhésion sont à adresser à la personne référente pour cette formation :

**Jocelyne DALLET
20, rue du Jas
84740 VELLERON**



C.L.E.F.S.

Collectif de Liaison et d'Échanges sur les Familles et les Systèmes

La certification qualité a été a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : **ACTIONS DE FORMATION**

Siret : 432 625 267 00039 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

17 Ter, impasse Pignotte 84000 AVIGNON

[Mail : assoclefs84@gmail.com](mailto:assoclefs84@gmail.com) [Web : www.clefs84.org](http://www.clefs84.org)

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-echanges-familles-et-systemes

Tél : 06.88.05.00.12

Ma profession et ma formation :

.....

Mon expérience du travail avec les familles est la suivante :

.....

Ce qui me motive à participer à cette formation :

.....

Avez-vous été directement confronté(e) aux risques liés aux consommations chez les adolescents ?

OUI NON

Avez vous noté des différences de parcours selon les hommes et les femmes ?

OUI NON.....

Concernant les prises de risques, l'éducation parentale vous paraît-elle essentielle ?

OUI NON

Ce que je souhaite accomplir durant cette formation :

.....

Avez-vous des besoins spécifiques d'accessibilité à la formation ? Si oui, lesquels ? N'hésitez pas à nous contacter pour en discuter de vive voix.

.....

**Je joins un chèque n°.....sur la banque.....
 d'un montant de € à l'ordre de CLEFS que j'adresse avec le bulletin d'inscription à la
 personne référente pour cette formation.**

Objectif réduction des déchets

Amenez votre tasse ou gobelet pour les pauses S.V.P.



C.L.É.F.S.

Collectif de Liaison et d'Échanges sur les Familles et les Systèmes

La certification qualité a été a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : **ACTIONS DE FORMATION**

Siret : 432 625 267 00039 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

17 Ter, impasse Pignotte 84000 AVIGNON

[Mail : assoclefs84@gmail.com](mailto:assoclefs84@gmail.com) [Web : www.clefs84.org](http://www.clefs84.org)

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-echanges-familles-et-systemes

Tél : 06.88.05.00.12

BULLETIN D'ADHESION 2024

- J'adhère à CLEFS pour l'année 2024 L'adhésion est personnelle et pour l'année civile.**

Prénom : **Nom :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Tel : **Mail :**

Je joins un chèque n°..... sur la banque.....
d'un montant de 20 € à l'ordre de CLEFS que j'adresse avec le bulletin d'adhésion

J'autorise, gratuitement, CLEFS 84 ou ses partenaires à réaliser une captation photo ou vidéo qui pourra être utilisée à des fins de formation ou de communication. Je me réserve à tout moment le droit de demander la suppression d'une image ou vidéo dans laquelle j'apparais si j'estime qu'elle me porte préjudice.

Date :

Signature :