



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 00047 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

14 rue Léon Honoré Labande 84000 AVIGNON

Mail : assoclefs84@gmail.com Web : www.clefs84.org

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-echanges-familles-et-systemes4075972b4

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 24 Avril 2025**

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 :

Transmission de la fiche d'inscription et/ou le bulletin d'adhésion par mail

inscriptionsclefs84@gmail.com



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 00047 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

14 rue Léon Honoré Labande 84000 AVIGNON

Mail : assoclefs84@gmail.com Web : www.clefs84.org

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-echanges-familles-et-systemes4075972b4

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 déjà été confronté(e) à des problèmes liés à des pratiques d'alcoolisation et de prises de psychotropes ? OUI NON

Si oui, dans un cadre familial : OUI NON - autres :

Vous sentez-vous suffisamment compétent(e) pour prendre en charge des problèmes liés à des pratiques d'alcoolisation et de prises de psychotropes 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 règle par virement à CLEFS / **Banque:** BNPPARB L'Isle-sur-la-Sorgue (02135)

Code Banque : 30004 / **Code Guichet :** 01121 / **N° Compte :** 00002505016 / **Clé :** 47

IBAN : FR76 3000 4011 2100 0025 0501 647 / **BIC :** BNPAFRPPXXX

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 00047 APE : 9499Z

N° formation continue : 93 84 034 95 84

14 rue Léon Honoré Labande 84000 AVIGNON

Mail : assoclefs84@gmail.com Web : www.clefs84.org

www.facebook.com/CLEFS84

www.linkedin.com/in/clefs-collectif-liaison-echanges-familles-et-systemes4075972b4

BULLETIN D'ADHESION 2025

A nous retourner par mail : inscriptionsclefs84@gmail.com

- J'adhère à CLEFS pour l'année 2025. L'adhésion est personnelle et pour l'année civile.**

Prénom : Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel : Mail :

Je règle 20€ par virement à CLEFS / Banque: BNPPARB L'Isle-sur-la-Sorgue (02135)

Code Banque : 30004 / Code Guichet : 01121 / N° Compte : 00002505016 / Clé : 47

IBAN : FR76 3000 4011 2100 0025 0501 647 / BIC : BNPAFRPPXXX

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 :