

## CLABH

Comité de Liaison des Associations de Bénévoles à l'Hôpital  
Pavillon E - C H U de Grenoble – CS 10217  
38043 - GRENOBLE CEDEX 9 Tél. : 06 43 72 01 16 (répondeur)  
CLABH2@chu-grenoble.fr <http://www.clabh.fr>

### FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

Quand les émotions s'invitent dans la rencontre

A RENVoyer pour le **18 février 2020** au CLABH, à l'adresse mentionnée ci-dessus. La formation sera annulée à cette date si le nombre d'inscrits est insuffisant pour assurer la bonne dynamique du groupe.

**Les inscriptions sont prises par ordre d'arrivée du courrier dans la limite des places disponibles.**

**Le stage peut être complet avant la date limite.**

**Les inscriptions par téléphone ou mail ne sont prises en compte qu'après réception de la fiche d'inscription et du chèque de réservation \*\*\***

N O M ..... Prénom ..... A g e .....

Bénévole d'une association       Salarié d'une association       Candidature individuelle

ADRESSE.....

CP-VILLE.....Téléphone.....

Email lisible .....

Membre de l'Association ..... depuis.....

désire participer au Module "**Les émotions**" du C L A B H, animé par **Marie-Laure Choplin** et qui se déroulera de 9 h à 17 h

(le lieu et un plan vous seront communiqués ultérieurement.) les :

**Mardi 3 mars 2020**  
**Mercredi 17 mars 2020**

**Ce stage est destiné aux personnes ayant suivi le Module 1 du CLABH**

***J'ai pris connaissance des dates et horaires de l'atelier et je m'engage à participer à l'intégralité des deux journées et à respecter les horaires de la formation.***

\*\*\*Rappel : Les frais d'inscription s'élèvent à **80 €** pour les membres bénévoles d'associations adhérentes au CLABH et les étudiants sur présentation de la carte d'étudiant en cours de validité

**160 €** pour les salariés d'une association adhérente au CLABH

**240 €** pour les stagiaires à titre individuel.

**En cas d'absence, la participation sera remboursée :**

- pour moitié si l'annulation intervient avant le **18 février 2020, date limite d'inscription.**
- en totalité en cas de maladie sur présentation d'un certificat médical.

Pour les membres d'une association adhérente au CLABH

Ci-joint, chèque de .....

**VISA ou TAMPON**

n°.....

sur la Banque.....

**Date obligatoire**

**Signature**