

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

Le bénévole face au silence et à la confusion

A RENVoyer pour le **16 janvier 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 **Le bénévole face au silence et à la confusion** 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 :

Jeudi 30 janvier 2020
Vendredi 31 janvier 2020
Mardi 11 février 2020

Ce stage est destiné aux personnes ayant suivi les stages 1 et 2 du CLABH

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

***Rappel : Les frais d'inscription s'élèvent à **100 €** pour les membres bénévoles d'associations adhérentes au CLABH et les étudiants sur présentation de la carte d'étudiant en cours de validité

200 € pour les salariés d'une association adhérente au CLABH

300€ pour les stagiaires à titre individuel.

En cas d'absence, la participation sera remboursée :

- pour moitié si l'annulation intervient avant le 16 janvier 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