

BULLETIN D'INSCRIPTION**PARTICIPANT.E** Mme Mr**NOM**

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Email

Dates du
cycle de
formation

➤ **Êtes-vous suivi.e dans un dispositif d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, etc.) ?**

Oui Non

Si oui, préciser :

➤ **Êtes-vous déjà engagé dans un groupe ou une instance de personnes concernées (vivant ou ayant vécu des troubles psychiques) : Conseil de Vie Sociale, collectif, groupe d'expression, Représentant des Usagers, Groupe d'Entraide Mutuelle, etc. ?**

Oui Non

Si oui, préciser :

➤ Exercez-vous une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, préciser (si vous le souhaitez) : ESAT, entreprise adaptée, milieu ordinaire...

➤ Exercez-vous une activité non rémunérée ? Oui Non

Si oui, préciser (si vous le souhaitez) : bénévolat, parent au foyer...

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

➤ Par quel intermédiaire avez-vous connu la formation ?

➤ Quels sont vos besoins et attentes ?

Signature

Veillez adresser le bulletin complété à formation@amahc.fr

- Cette inscription vous engage à participer à l'ensemble des 6 séances
- Cette formation est gratuite grâce à un financement de la Fondation de France
- Chaque participant recevra une confirmation d'inscription avec les indications spécifiques.