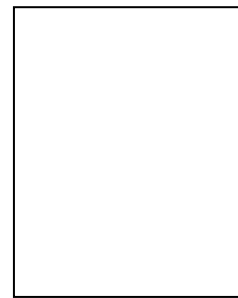




La Présidente : Alexia BAILLY
<http://solidarite-sourds-benin.wifeo.com>
<https://www.facebook.com/SSBENIN>



FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR UN STAGE

(Prière répondre à toutes les questions en lettres capitales, ne pas utiliser d'abréviations, suivre toutes les instructions, merci).

A. INFORMATION SUR LE CANDIDAT

1. M Mme Mlle

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. Nationalité : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Age exact : |_|_| ans Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Lieu : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Profession : _____ Nom de l'institution : _____

5. Adresse personnelle :
..... Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email :@.....

6. Personnes à contacter :

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| PRENOM : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email :@.....

7.

Compétences linguistiques

	Lu		Ecris	
Français	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Bon	Moyen	Faible	Mettre une X dans : Bon, moyen ou faible
LSF				
ASL				
LSI ou LSL				
LSB (Béninois)				

8.

Information de contact

(indiquer ici l'adresse postale, téléphonique et électronique de la personne à contacter en cas d'urgence. Cette rubrique doit être renseignée) :

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PRENOM : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Relation: _____

Adresse complète :
..... Code postal : |_|_|_|_|_|

Vous êtes étudiant Oui Non

Indiquez le nom de l'université ou de l'école ainsi que le niveau d'études.

.....

B. INFORMATIONS SUR LA MISSION

9.

Période souhaitée pour la mission : _____

10.

Avez-vous déjà été en Afrique ? Oui Non

Si oui précisez le(s) pays visités : _____

Sinon quelles sont vos motivations pour cette mission ? _____

11.

Quels sont vos objectifs et vos attentes ? _____

12.

Comment avez-vous connu titre de votre association ? _____

Options complémentaires :

12.

Souhaitez-vous faire une visite touristique du pays pendant le séjour ?

Oui

Non

Chèque d'adhésion de 5€ à l'ordre de solidarité- sourds-bénin à nous envoyer à l'adresse ci-dessous :

Je certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

Signature et nom du participant

Prière retourner ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Association Solidarité Sourds Bénin
30 bis, avenue Victor Hugo,
94100 Saint-Maur-des-Fossés