

**ASSOCIATION ENTRAIDE AUTISME EN
VAL DOISE**

(EAVO)

20 rue de Montmorency
95350 Saint-BRICE-sous-FORÊT

Tel : 06 12 14 74 77
e-mail : entraideautisme@sfr.fr



DEMANDE DE BOURSE DE FORMATION

A retourner dans un délai de deux mois maximum, après la fin de la totalité de la formation, accompagné des pièces justificatives de mandées.

MODALITES D'ATTRIBUTION

- Etre membre de l'association Entraide Autisme (à jour de cotisation)
- Avoir suivi une formation en lien avec l'autisme ou avec les stratégies éducatives applicables à l'autisme, en conformité avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- S'engager à faire un retour sur la formation suivie devant les autres membres de l'association.

FORMATION DEMANDEE

Nom et prénom du demandeur :	
Intitulé de la formation :	
Nom et adresse de l'organisme de formation :	
Date :	
Prix :	

PIECES A JOINDRE :

- **Facture acquittée par l'organisme de formation.**
- **Attestation de présence à la totalité de la formation.**
- **Programme de la formation suivie.**
- **Engagement à faire une restitution de la formation lors d'une réunion d'Entraide Autisme (cf modèle ci-joint).**

LETTRÉ D'ENGAGEMENT

Je soussigné.....

demeurant

demande à l'association Entraide Autisme une bourse couvrant tout ou partie des frais que j'ai engagés pour suivre la formation

qui s'est déroulée le(s)

à

Je m'engage par la présente à faire devant les membres de l'association une séance de restitution de ce que j'ai appris lors de cette formation.

Je transmettrai aussi à l'association une copie de matériel pédagogique qui m'aura été remis.

A

Le

NOM ET SIGNATURE

PARTIE RESERVEE A L'ASSOCIATION

Conformité avec les recommandations de la HAS :	.....	/10
Utilité pour l'association :	.....	/ 10
Garanties présentées par l'organisme de formation :	.....	/ 10
Si formations précédemment suivies, sérieux et qualité du retour fait devant l'association :	.....	/10
Niveau de participation à la vie de l'association :	.....	/10
TOTAL :	.....	/ 50
Montant de remboursement proposé par le bureau :	.....	€