



**Fédération des Orthophonistes de France**  
16, rue des Champs de Charolles  
71120 CHAROLLES  
Mail : [fof.federation@gmail.com](mailto:fof.federation@gmail.com)  
Tél. : 03 88 35 90 52  
<https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/>

## BULLETIN D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

**Intitulé de la formation** : « Les troubles de la cognition mathématique : cognition numériques et problèmes arithmétiques à énoncés verbaux » - Lydie MOREL

**Dates de la formation** : **Session 1** : Lundi 23 et mardi 24 septembre 2024  
**Session 2** : Lundi 2 et mardi 3 décembre 2024

**Horaires** : Les lundis : 9<sup>H</sup>00 à 13<sup>H</sup>00 et 14<sup>H</sup>00 à 17<sup>H</sup>30  
Les mardis : 8<sup>H</sup>30 à 12<sup>H</sup>30 et 13<sup>H</sup>30 à 17<sup>H</sup>00

**Lieu de la formation** : [CISP Paris Kellermann](#)  
17, boulevard Kellermann – 75013 PARIS

### Le stagiaire

**Nom et prénom** \_\_\_\_\_

**Adresse** n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**N° tél portable** \_\_\_\_\_ (sans espace) **Mail** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Exercice**  Libéral **N° ADELI (obligatoire)** \_\_\_\_\_ (sans espace)  
 Salarié **Convention** \_\_\_\_\_

**Etudiants** **CFUO** \_\_\_\_\_

**Adhérent(e) FOF (année 2024)**  OUI  NON

### Si prise en charge employeur

**Nom de l'employeur** \_\_\_\_\_

**Adresse de l'employeur**  
n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Téléphone de l'employeur** \_\_\_\_\_ (sans espace)

**Mail de l'employeur** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Fait à** \_\_\_\_\_ **Le** \_\_\_\_\_ (format JJ/MM/AAAA)

**Signature :** \_\_\_\_\_