

**Centre de Formation  
Stage Basse Vision**

A retourner à :

**Institut Montéclair**

Bertrand TESSIER, Directeur Adjoint des Services Adultes  
51 rue du Vallon - Quartier du Lac de Maine - 49000 ANGERS

☎ **02 41 73 86 97** Fax **02 41 73 96 36**

E-mail : [BTessier@montclair.fr](mailto:BTessier@montclair.fr)

STAGIAIRE :

Mme, Mlle, M. Nom et Prénom .....

Fonction .....

Adresse électronique .....

ETABLISSEMENT DE FONCTION :

Dénomination .....

Adresse complète de l'établissement .....

Téléphone \_/\_/\_/\_/\_/.....

Télécopie \_/\_/\_/\_/\_/.....

ADRESSE DE FACTURATION :

.....  
.....

<b>SENSIBILISATION A LA BASSE VISION</b>	
<b>1<sup>ère</sup> Formule :</b> Suivi des Modules 1 et 2	<b>2<sup>ème</sup> Formule :</b> Suivi du Module 2
<input type="checkbox"/> 8 demi-journées - Coût : 700 Euros Sensibilisation et approche technique destinées aux opticiens du réseau qui se lancent dans la basse vision.	<input type="checkbox"/> 3 demi-journées - Coût : 400 Euros Approche technique destinées aux opticiens du réseau déjà sensibilisés à la basse vision.

**Cocher la case correspondante**

- 1<sup>er</sup> au 5 Février 2010 .....  7 au 11 Juin 2010  
 8 au 12 Mars 2010 .....  27 Septembre au 1<sup>er</sup> Octobre 2010  
 17 au 21 Mai 2010 .....  22 au 26 Novembre 2010

*N.B. : Merci de bien vouloir établir votre règlement à l'ordre de MFAM-Pôle Handicap DA.*

A ....., le.....

Signature de l'intéressé(e) :

Cachet de l'établissement et

Signature du Responsable :