SOCIETE FRANÇAISE DE SANTE EN LANGUE DES SIGNES
CONGRES 2026 : 08-09-10-11 DÉCEMBRE 2026
SALLE GILBERT FAURE,
CHU GRENOBLE-ALPES

LE CONGRÈS DE LA SFSLS EST ÉLIGIBLE DANS LE CADRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Une attestation de présence sera remise aux participants.
Numéro de déclaration d'activité: **82 74 P1554 74**
Numéro SIRET de l'organisme de formation : **267 400 026 00261**

BULLETIN D'INSCRIPTION AU CONGRES

Les 08 et 09 décembre : ATELIERS RESERVES AUX PROFESSIONNELS

- Après-midi du 08 décembre : **réservée aux IM et aux médecins responsables des unités**
- Journée du 09 décembre : **réservée aux professionnels des unités** :

INTERPRETES, INTERMEDIATEURS, TRAVAILLEURS SOCIAUX, SECRETAIRES, MEDECINS GENERALISTES ET CADRES, PSYCHOLOGUES ET PSYCHIATRES.

Les 10 et 11 décembre : CONFÉRENCES ET DÉBATS EN PLÉNIÈRE

❒Madame ❒Monsieur
Nom : ……
Prénom : ……..
Date de naissance : ……..
Fonction : …….
Adhérent(e) à la SFSLS : ❒OUI ❒NON
Courriel : .....
Téléphone : …….
Adresse (*si prise en charge individuelle) :* ……
……
Nom de votre établissement : ……..

Choisissez les journées auxquelles vous souhaitez participer (voir programme en annexe)

❒ Après-midi mardi 08 décembre 2026 (Ateliers réservés aux IM et médecins responsables)
❒ Mercredi 09 décembre 2026 (Ateliers réservés aux professionnels)
❒ Jeudi 10 décembre 2026
❒ Vendredi 11 décembre 2026

❒*1/2 journée (après-midi) du 08 décembre 2026 : GRATUIT*
❒1 journée congrès-formation : ❒Adhérent :140€ ❒Non Adhérent : 190€
❒2 journées congrès-formation : ❒Adhérent : 230€ ❒Non Adhérent : 280€
❒3 journées congrès-formation : ❒Adhérent : 335€ ❒Non Adhérent : 385€

Total : …….€

PRISE EN CHARGE : ❒Individuelle ❒Par l'employeur (2ème page à REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Fait à : ..... le ……..

Signature du (de la) participant(e) :

SOCIETE FRANÇAISE DE SANTE EN LANGUE DES SIGNES

PAIEMENT A LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR

(Non concerné si prise en charge individuelle)

Convention et facture seront adressées à l'établissement

Adresse de l'établissement : ……

..... ……

Siret de l'établissement (obligatoire) : .....

Code service CHORUS (obligatoire) : .....

Numéro d'engagement (obligatoire) : .....

Nom du responsable Formation :.....

Numéro de téléphone du responsable formation …../…../…../…../…../

Courriel du responsable formation: ……

OU PRISE EN CHARGE PAR ORGANISME FINANCEUR (Ordre de mission ou autre)

Joindre l'attestation de prise en charge

Nom Etablissement/Organisme : ……

Adresse complète :……

……

Siret de l'organisme : .....

A remplir dans tous les cas :

Je soussigné(e) ……..

représentant de l'établissement/l'organisme ……..

……

déclare prendre en charge le coût de la formation de l'intéressé(e) dont le montant s'élève à :

❒1 journée congrès-formation : ❒Adhérent :140€ ❒Non Adhérent : 190€

❒2 journées congrès-formation : ❒Adhérent : 230€ ❒Non Adhérent : 280€

❒3 journées congrès-formation : ❒Adhérent : 335€ ❒Non Adhérent : 385€

Total : …….€

Fait à : …… le …… Signature et cachet de l'établissement

Inscription à retourner par courriel à contact@sfsls.org
avant le 20 novembre 2026

Le congrès sera accessible en Français et Langue des Signes Française et aura lieu sous réserve d'un nombre d'inscriptions suffisant.