



## Formulaire d'inscription ASD – BL-VS3

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Lieu</b>                | Dans les locaux de la HES-SO Valais/Wallis<br>Haute école de santé<br>Agasse 5<br>1950 Sion  |
| <b>Début</b>               | Vendredi 27 février 2026 de 9h à 16h   |
| <b>Dates</b>               | Les vendredis 27.02.26 et 27.03.26 de 9h à 16h<br>Les jeudis 30.04.26 et 21.05.26 de 9h à 16h  |
| <b>Responsable atelier</b> | M. Bernard Lévy  |
| <b>Frais</b>               | CHF 2'900.- (y.c. frais administratifs, matériel et évaluation) la participation à l'atelier est confirmée après règlement de la totalité des frais. |

---

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

*Annulations*

*En cas d'annulation de l'inscription, nous vous facturerons les frais d'annulation comme suit :*  
*Jusqu'au 7<sup>e</sup> jour avant le début de l'atelier : 50% de la prestation convenue*  
*A partir du 6<sup>e</sup> jour avant le début de l'atelier : 100% de la prestation convenue*