



Cher participant,

Veillez trouver, ci-joint, le bulletin d'inscription au :

Son-Rise Program Maximum Impact®  
Du jeudi 5 au lundi 9 décembre 2019  
[Hotel Mercure Paris 19 Philharmonie La Villette](#)  
216 Avenue Jean Jaurès  
75019, Paris, France

Pour vous inscrire, veuillez retourner ce document dûment rempli, daté et signé avec votre règlement au plus vite pour assurer votre place, et au plus tard le 30 novembre 2019, soit par email à [OptimInscriptions@gmail.com](mailto:OptimInscriptions@gmail.com), soit par courrier à :

Optim'Autisme  
Inscription SRP Maximum Impact  
chez Gaëlle SARDA  
31 rue Andre Bollier, 69007 Lyon, France

Nous acceptons les méthodes de paiement suivants :

- Carte bancaire (paiement sécurisé) : via [HelloAsso](#) en une fois ou en plusieurs fois (la date limite pour le dernier paiement est le 30 novembre 2019) ;
- Chèque : veuillez envoyer jusqu'à 4 chèques à l'ordre de Optim'Autisme (les chèques ant-datés ne seront pas acceptés), avec les dates d'encaissement notées au dos, avec votre bulletin d'inscription à l'adresse ci-dessus (le dernier cheque sera encaissé le 30 novembre 2019 au plus tard) ;
- Virement bancaire : voir, ci-dessous, nos coordonnées bancaires. Merci de nous envoyer la preuve du virement, avec mention de votre nom, prénom et « SRMI » avec votre bulletin d'inscription (la date limite pour le dernier paiement est le 30 novembre 2019) .

**Association Optim'Autisme**  
**40 rue Lucien Sampaix, 75010 Paris**

**Domiciliation :** Crédit Agricole, Bayonne St Esprit (40024)  
**Banque :** 16906  
**Guichet :** 40024  
**N° Compte :** 87013243679  
**Clé :** 22  
**IBAN :** FR76 1690 6400 2487 0132 4367 922  
**BIC :** AGRIFRPP869

Salutations énergiques, exubérantes et enthousiastes,

L'équipe d'Optim'Autisme



# Son-Rise Program® Maximum Impact

5-9 décembre 2019

Hôtel Mercure Paris 19 Philharmonie La Villette  
216 Avenue Jean Jaurès, 75019, Paris, France



HOME OF THE SON-RISE PROGRAM®1974

## Bulletin d'inscription

Nom : .....  
Titre Prénom Nom

Adresse : .....  
CP Ville, Pays

Tél. fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Coordonnées de facturation : .....  
(si différent) Nom de facturation  
Adresse de facturation  
CP Ville, Pays

Quand et où avez-vous suivi le Son-Rise Program Start-Up ? .....  
Lieu Mois / Année

Si vous n'avez pas suivi de Start-Up,  
qui accompagnez-vous à Maximum Impact ? .....

En quelle langue souhaitez-vous recevoir les documents de la formation  
(Manuel du participant, formulaires, etc.)  Français  Anglais

Avez-vous lu les livres suivants ou les auriez-vous lus avant Maximum Impact ?  
« Dépasser l'autisme avec le Son-Rise Program » de Raun K. Kaufman  OUI  NON  
« Le quotidien avec un enfant autiste » de Kate Wilde  OUI  NON  
« Le Bonheur c'est un choix » de Barry« Bears » Neil Kaufman  OUI  NON  
« Aimer, c'est choisir d'être heureux » de Barry« Bears » Neil Kaufman  OUI  NON  
« Son-Rise : Miracle de l'amour » de Barry« Bears » Neil Kaufman  OUI  NON

Votre enfant\* : .....  fille  garçon  
Prénom Nom  
Date de naissance Diagnostic

Votre relation :  Parent  Famille (préciser .....)  
 Bénévole  Professionnel (préciser .....

### Informations sur le langage de votre enfant :

Choisir la proposition qui caractérise le mieux votre enfant (cocher une seule case). Mon enfant utilise :

- Des sons - 50 mots simples (ou n'a pas de mots)
- Combinaison de 2-3 mots, (ex. ballon bleu, veux chanter, donne livre)
- Des phrases simples (nom + verbe, ex. lance le ballon, pousse voiture sur toboggan, il est tombé)
- Des phrases complexes (grammaticalement correctes, ex. range les livres sur l'étagère pour qu'on puisse jouer aux dominos - J'aime bien ce jeu)
- Des phrases complexes successives (3+ phrases enchainées)

\* ou un enfant avec qui vous travaillez



# Son-Rise Program® Maximum Impact

5-9 décembre 2019

Hôtel Mercure Paris 19 Philharmonie La Villette  
216 Avenue Jean Jaurès, 75019, Paris, France



## Deuxième enfant (s'il y a lieu)

Votre enfant\* : .....  fille  garçon  
Prénom ..... Nom .....  
Date de naissance ..... Diagnostic .....

Votre relation :  Parent  Famille (préciser ..... )  
 Bénévole  Professionnel (préciser ..... )

### Informations sur le langage de votre enfant :

Choisir la proposition qui caractérise le mieux votre enfant (cocher une seule case). Mon enfant utilise :

- Des sons - 50 mots simples (ou n'a pas de mots)
- Combinaison de 2-3 mots, (ex. ballon bleu, veux chanter, donne livre)
- Des phrases simples (nom + verbe, ex. lance le ballon, pousse voiture sur toboggan, il est tombé)
- Des phrases complexes (grammaticalement correctes, ex. range les livres sur l'étagère pour qu'on puisse jouer aux dominos - J'aime bien ce jeu)
- Des phrases complexes successives (3+ phrases enchaînées)

\* ou un enfant avec qui vous travaillez

## Troisième enfant (s'il y a lieu)

Votre enfant\* : .....  fille  garçon  
Prénom ..... Nom .....  
Date de naissance ..... Diagnostic .....

Votre relation :  Parent  Famille (préciser ..... )  
 Bénévole  Professionnel (préciser ..... )

### Informations sur le langage de votre enfant :

Choisir la proposition qui caractérise le mieux votre enfant (cocher une seule case). Mon enfant utilise :

- Des sons - 50 mots simples (ou n'a pas de mots)
- Combinaison de 2-3 mots, (ex. ballon bleu, veux chanter, donne livre)
- Des phrases simples (nom + verbe, ex. lance le ballon, pousse voiture sur toboggan, il est tombé)
- Des phrases complexes (grammaticalement correctes, ex. range les livres sur l'étagère pour qu'on puisse jouer aux dominos - J'aime bien ce jeu)

\* ou un enfant avec qui vous travaillez



# Son-Rise Program® Maximum Impact

5-9 décembre 2019

Hôtel Mercure Paris 19 Philharmonie La Villette  
216 Avenue Jean Jaurès, 75019, Paris, France



HOME OF THE SON-RISE PROGRAM®1974

## Règlement

Son-Rise Program Maximum Impact : 1 250 €<sup>1</sup>

Réductions de 200€ :  Inscription groupée  Offre spécial<sup>2</sup>  Bénévole dans un SRP

Précisez<sup>3</sup> : .....

Date **d'adhésion à Optim'Autisme** (à partir de 1 janvier 2019) .....

Si vous demandez une bourse, date d'envoi de la demande .....

**Paiement simple** ..... €  HelloAsso  chèque  virement bancaire<sup>4</sup>  
(encaissement immédiat)

**Paiement échelonné**  
**Acompte** ..... €  HelloAsso  chèque  virement bancaire<sup>4</sup>  
(minimum 250 € encaissement immédiat)

**Paiement 2**    montant ..... €    date d'encaissement<sup>5</sup> .....  
 HelloAsso     chèque     virement bancaire<sup>6</sup>

**Paiement 3**    montant ..... €    date d'encaissement<sup>5</sup> .....  
 HelloAsso     chèque     virement bancaire<sup>6</sup>

**Solde**            montant ..... €    date d'encaissement<sup>5</sup> .....  
 HelloAsso     chèque     virement bancaire<sup>6</sup>

(à encaisser le 30 novembre 2019 au plus tard)

Le montant de l'inscription à **Maximum Impact** couvre : les frais pédagogiques, l'interprétation simultanée, les frais d'équipement (salles, casques et cabines d'interprétariat...), le manuel du participant, les pauses-café, les frais de gestion et d'organisation. Il ne couvre pas la cotisation à l'association **Optim'Autisme**, ni les frais de transport, d'hébergement et les repas.

**L'inscription est validée par le paiement de l'acompte de 250 €. Pour les paiements par chèque, le solde est remis également au moment de l'inscription** et sera encaissé aux dates indiquées ci-dessus.

Le règlement est accompagné de la fiche d'inscription dûment complétée et signée.

En cas de désistement de la part du participant : à plus de 15 jours du stage, le remboursement se fera après déduction de 100 € de frais d'annulation. A moins de 15 jours du stage aucun remboursement ne sera possible.

En cas d'annulation de notre part (pour insuffisance d'inscrits ou toute autre impossibilité), les participants seront prévenus au plus vite, et remboursés intégralement des sommes versées.

Vous donnez votre accord pour que les informations personnelles sur vous et vos enfants figurant dans le présent document soient communiquées à l'Autism Treatment Center of America afin de mieux personnaliser cette formation et pour vous tenir informés. Vos informations ne seront pas communiquées ou vendues à une tierce partie.

(précédé par la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Fait à .....

.....  
Date

.....  
Signature

<sup>1</sup> Nous contacter sur [OptimInscriptions@gmail.com](mailto:OptimInscriptions@gmail.com) pour toute demande particulière d'échelonnement ou demande de bourse

<sup>2</sup> Pour les inscriptions dont l'acompte est reçu avant les dates précisées dans l'offre

<sup>3</sup> Noms des co-inscrits ; nom de l'offre ; noms des parents du Son-Rise Program ; autre raison de remise

<sup>4</sup> Merci d'attacher une copie du virement à votre bulletin d'inscription

<sup>5</sup> Les chèques seront encaissés le 1<sup>er</sup> ou le 15 du mois

<sup>6</sup> Merci d'envoyer une copie des virements suivants à [OptimInscriptions@gmail.com](mailto:OptimInscriptions@gmail.com) avec votre nom, prénom et le mention « SRMI »