

## Laboratoire numérique éphémère : Digital Breakfast

Artiste invité:  
Stéphane Kozik



### Modalités pratiques

**Dates:**

Au choix : 29 -30 - 31 octobre 2016

**Horaires:**

9h30-17h00

**Lieu:**

Palais Abbatial de Saint-Hubert  
Place de l'Abbaye  
6870 Saint-Hubert

**Cotisation:**

10 euros/participant

**Nombre de participants:**

max 6 pers par groupe et par jour

**Renseignements:**

public@caclb.be / 0477/19-33-49

**Matériel à prévoir:**

Les participants doivent apporter  
trois objets du quotidien sur  
le thème du petit déjeuner.  
(assiette, cuillère, vieux grille-pain..)

**Apporter son repas de midi.**

**Public:**

Ce laboratoire est destiné aux jeunes  
à partir de 14 ans, aux animateurs  
des Maison des jeunes et du secteur  
des musiques amplifiées et professeurs  
de la Province du Luxembourg.

**Conditions et inscription**

Le laboratoire se déroule sur une journée et peut accueillir jusqu'à 6 participants. Veuillez mentionner le jour choisi sur le bulletin d'inscription. Les inscriptions sont clôturées 15 jours avant le début de la saison numérique.

**Modalités d'inscription**

Le bulletin d'inscription ci-dessous doit être rempli, signé et renvoyé (1 bulletin/pers.)

- par voie postale à l'adresse suivante:  
CACLB ■ Rue des Ecoles, 82a ■ B-6740 Etalle
- ou par voie électronique à [public@caclb.be](mailto:public@caclb.be)

**Cotisation et paiement**

Une cotisation de 10 euros par participant est à verser dès l'inscription sur le compte du CACLB (IBAN: BE56 0682 1353 2288 et BIC: GKCCBEBB). Cette cotisation permet de devenir membre de soutien du CACLB. L'inscription ne sera effective et définitive qu'après réception du paiement. Les inscriptions seront clôturées 10 jours avant le début des laboratoires.

### BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LA SAISON NUMERIQUE 2016 LABORATOIRE EPHEMERE NUMERIQUE : DIGITAL BREAKFAST

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

MAISON DES JEUNES OU ASSOCIATION : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

J'ACCEPTÉ LES CONDITIONS D'INSCRIPTION

JE VERSE 10 € SUR LE COMPTE DU CACLB

SIGNATURE DU PARENT OU REPRESENTANT \_\_\_\_\_

DATE DU LABORATOIRE \_\_\_\_\_