

Bulletin d'inscription

Journées des 19 et 20 novembre 2020

A l'Espace Reuilly, 21 rue Hénard 75012 Paris

**« 2020, nouvelle décennie pour l'action médico-sociale précoce.
Parents, enfants et professionnels : Nouvelles connaissances ?
Nouvelles pratiques »**

NOM

Prénom

Profession

Email de l'inscrit obligatoire

Etablissement

Adresse

Tél.....Email :

**L'inscription aux Journées vous donne accès aux vidéos du congrès via le site
www.colloque-tv.com.**

Bulletin d'inscription à remplir et retourner à :
ANECAMSP – 10 rue Erard – Esc. 5 - 75012 PARIS
Tél : 01 43 42 09 10 – Fax : 01 43 44 73 11
E-mail : contact@anecamsp.org

Conditions d'annulation :

Toute demande d'annulation doit être faite par écrit au moins 15 jours avant la manifestation. L'inscription ne sera remboursée qu'après la manifestation.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ANECAMSP pour la gestion de notre base de données
Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au Secrétariat de l'ANECAMSP.
Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : contact@anecamsp.org

Droits d'inscription

- 195 €** pour les adhérents N° adhérent :
- 235 €** pour les non adhérents
- 135 €** pour la 3^{ème} inscription du même établissement et les suivantes
- 50 €** pour les parents d'enfant en situation de handicap et pour les étudiants (pièce justificative)

N° Organisme de Formation : 11 75 170 51 75

Vous vous inscrivez dans le cadre de la formation continue : OUI NON

Souhaitez-vous une convention de formation : OUI NON

Vous vous inscrivez dans le cadre du DPC : OUI NON

Merci de nous communiquer votre n°ADELI ou RPPS :

Une attestation de présence sera envoyée à chaque participant à l'issue de la formation

Informations complémentaires sur notre site www.anecamsp.org

REGLEMENT : à l'ordre de l'ANECAMSP

Inscription payée par :

NOM / ETABLISSEMENT.....

Adresse

TélEmail

Total à payer :

- Sur présentation de facture Règlement après service fait
- Par chèque Par virement *en précisant N° de facture ou nom de l'inscrit*

R.I.B. Crédit Coopératif - code banque 42559 – code guichet 10000 – N° compte 08013064310 – Clé 38

Fait le :

Signature :

A :