



Bulletin d'inscription

Journée Régionale Ile de France

Le 24 septembre 2018

Auditorium Marceau LONG - 20, avenue de Ségur 75007 PARIS

« Repérer, Intervenir, diagnostiquer précocement l'autisme au sein
des troubles du neuro-développement »

NOM

Prénom

Profession

Email de l'inscrit individuel obligatoire.....

**Confirmation d'inscription envoyée par mail et pièce d'identité obligatoire pour
l'accès au ministère**

Etablissement

Adresse

.....

Tél..... Fax

Email :

Bulletin d'inscription à remplir et retourner à :

jridfanecamsp@gmail.com

ANECAMSP – 10 rue Erard 75012 PARIS – 01 43 42 09 10

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

ATTENTION : DATE LIMITE DES INSCRIPTIONS LE 14 SEPTEMBRE

Aucune inscription ne sera prise sur place

Droits d'inscription

- 80 € repas compris** pour les adhérents N° adhérent :
- 100€ repas compris** pour les non adhérents
- 25 € repas compris** pour les parents d'enfant handicapé 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

N° DPC de l'ANECAMSP : 4795

Inscrivez votre N° RPPS ou ADELI :

Nous vous invitons à consulter le lien suivant : www.ogdpc.fr

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

REGLEMENT : à l'ordre de l'ANECAMSP

Inscription payée par :

NOM / ETABLISSEMENT.....

Adresse

.....

Tél Email

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 00004 – N° compte 41020024281 – Clé 61

Fait le :

Signature :

A :