



Association Nationale des Equipes
Contribuant à
l'Action Médico Sociale Précoce

Bulletin d'inscription

Journées d'Etude des 22 et 23 novembre 2018

Espace Le Manège, 30 Avenue Général Leclerc, 38200 Vienne

« Nous avons tant à nous dire !

Paroles de l'enfant, paroles à l'enfant, entendons-nous ! »

NOM

Prénom

Profession

Email de l'inscrit obligatoire

Votre badge nominatif vous sera envoyé par e-mail.

Etablissement

Adresse

.....

Tél..... Fax

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 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

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

Souhaitez-vous un fichet congrès SNCF (réduction 20%) OUI NON

Informations complémentaires sur notre site www.anecamsp.org

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 :