

# Bulletin d'inscription

**Journée organisée par la délégation régionale Nouvelle Aquitaine  
Le mercredi 14 octobre 2020**

Centre Départemental de la Communication  
Cours St Georges  
24000 PERIGUEUX

**« Repérer, intervenir, diagnostiquer précocement les troubles du  
neuro-développement :  
Les fondamentaux des CAMSP »**

NOM .....

Prénom .....

Profession .....

Email de l'inscrit obligatoire .....

Etablissement .....

Adresse .....

Tél.....Email : .....

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@anecamp.org](mailto:contact@anecamp.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@anecamp.org](mailto:contact@anecamp.org)

## Droits d'inscription (déjeuner inclus)

**40 €**

(Si vous êtes adhérent, merci d'indiquer votre N° : \_\_\_\_\_ )

**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**

### 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

**Merci de préciser le n° de facture ou nom de l'inscrit pour tout paiement**

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

Fait le :

Signature :

*Avez-vous des besoins particuliers en termes d'accessibilité universelle ? Si oui, lesquels ?*