



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

Pour vous inscrire

27^{èmes} Journées Nationales de l'ANECAMSP

25 et 26 Mars 2010 - SAINT-BRIEUC
Centre de Congrès Equinoxe - Espace Brézillet



Nom Prénom.....

Profession

Etablissement.....

Adresse

Tél

Fax

e-mail

Bulletin à remplir recto/verso et à 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





DROITS D'INSCRIPTION

Inscription possible pour une journée en divisant le prix par 2

- 216 € pour les adhérents N° adhésion :
- 256 € pour les non adhérents
- 146 € pour la 3^{ème} inscription du même établissement et les suivantes
- 71 € pour les parents d'enfants handicapés et pour les étudiants (pièce justificative)

Les prix s'entendent déjeuner compris, soit 18€ le repas, servi sur place (aucun restaurant à proximité)

Aucune inscription ne sera prise en compte sans une convention de stage dûment signée, ou son règlement.

N° de formation : 11 75 170 51 75

Conditions d'annulation :

Toute demande d'annulation doit être faite par écrit 15 jours avant la manifestation auprès de l'ANECAMSP, 10 rue Erard, 75012 PARIS. L'inscription ne sera remboursée qu'après la manifestation.

Vous souhaitez

Recevoir une convention de formation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Recevoir un fichet congrès SNCF (réduction 20%)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Un interprétariat LSF (sur inscription avant le 15 janvier 2010)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prendre la navette pour rejoindre la gare le vendredi soir	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui appeler au 02 96 62 05 86 ou au 02 96 78 00 37 (indispensable pour prévoir les navettes)</i>		

REGLEMENT : à l'ordre de l'ANECAMSP

Adresse de facturation (si différente de l'adresse d'inscription) :

Nom / Etablissement

Adresse

.....

Tél..... Fax..... N°Adhérent.....

E mail.....

Par virement Par chèque Facturation après service fait

Total à payer

A....., le..... Signature :

