



Séminaire AFIREM PARIS les 25-26 mars – 13-14 mai 2024  
Médecins référents « Protection de l'Enfance »

N° Formation : 117 526 316 75

B  
U  
L  
L  
E  
T  
I  
N  
  
D  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N

Mme       M.

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

ORGANISME : \_\_\_\_\_

ADRESSE PERSONNELLE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ADRESSE DE FACTURATION : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_

EMAIL : \_\_\_\_\_

Quel serait votre besoin prioritaire par rapport à cette formation ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Droits d'inscription :** 900 €

*Si vous êtes en situation de handicap, merci de joindre notre référente handicap afin d'adapter nos conditions d'accueil en fonction des possibilités.*

**Mode de règlement :**

- **Individuel :**  Chèque bancaire ou postal joint à l'ordre de l'AFIREM
- **Institution :**  Chèque bancaire ou postal joint à l'ordre de l'AFIREM  
 Engagement écrit de paiement de l'organisme à joindre obligatoirement

**En cas de désistement :** 20 % des droits d'inscription restent acquis à l'AFIREM

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

À retourner à :  
AFIREM – Hôpital des Enfants Malades  
149 rue de Sèvres – 75730 PARIS Cedex 15  
Tél. : 06 98 17 16 44 – Mail : [afirem@orange.fr](mailto:afirem@orange.fr)