

## INFORMATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

E-mail :

Spécialité :

Votre activité si personnel soignant :

Téléphone :

Ville a mentionné sur le badge :

## INSCRIPTION

Non Membre :  Soirée du congrès 16 janvier 2025 (Paiement pris en charge par le financeur)

Membre SFNP : (Réservé aux membre à jour de leur cotisation)

Étudiant et Interne

Inscription Journée des Troubles Cognitifs de l'Enfant du Mercredi 15 UNIQUEMENT

Inscription Congrès du Personnel Soignant du Vendredi 17 UNIQUEMENT

Soirée du congrès 16 janvier 2025 (Paiement par le participant)  Email pour l'envoi du lien de paiement : \_\_\_\_\_

## CONTACT DE FACTURATION / GESTIONNAIRE DE L'INSCRIPTION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Moyen de paiement : \_\_\_\_\_

Ce document est à compléter et à envoyer à

[l.hausermann@socoform.fr](mailto:l.hausermann@socoform.fr)  
pour l'inscription.

La convention de formation vous sera ensuite adressée.