ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

# Formulaire d'inscription
# MODULE E LEARNING A FINANCEMENT PERSONNEL

## *PRESENTATION*

Programme : **Orthopédie de l'enfant**

Ouvert aux **Pédiatres** et aux **Médecins Généralistes.**

- Droits d'inscription: **60 €, chèque à joindre à ce document.**

## *INSCRIPTION*

NOM : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Prénom : : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Adresse professionnelle : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Code Postal : | _ | _ | _ | _ | _ | Ville : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone du cabinet : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |   Téléphone mobile : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

**E-mail en majuscule** : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |@| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Pédiatre ☐   Généraliste ☐

Numéro RPPS (11 chiffres): | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
N° ADELI (sur feuille SS) : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

**Renvoyer cette fiche d'inscription accompagnée d'un chèque de 60 € à l'ordre de l'AFPA,** courrier à adresser à : Brigitte SAINT-MICHEL Secrétariat AFPA
1 impasse les Pins
30200 ORSAN

Tel : 07 85 14 66 24   Mail : afpafmc@orange.fr