

**A remplir obligatoirement.**

**\* Séminaires non indemnisés - prise en charge intégrale par le FAF, nombre de formations illimité.**

**Procédure d'inscription (inscription possible jusqu'à 3 jours ouvrés selon formation avant la date de formation dans la limite des places disponibles) :**

- Etre adhérent AFPA ou membre associé (autres spécialités) :** [www.afpa.org](http://www.afpa.org) (paiement en ligne) ou envoyer le bulletin d'adhésion accompagné d'un chèque.
- Joindre une photocopie de votre attestation** de versement relatif à la contribution au Fond d'Assurance Formation (FAF), due au titre de votre année d'activité 2024, délivrée par l'URSSAF en 2024 ou 2025 ET une feuille de soins barrée (Pour les médecins remplaçants : joindre une copie d'un contrat de remplacement effectué en 2024.)
- Sur le site [www.afpa.org](http://www.afpa.org), soit vous préinscrivez au programme choisi en vous connectant à votre espace adhérent, soit télécharger le bulletin d'inscription.
- Envoyer un chèque de caution de 300 €** à l'ordre de l'AFPA **pour chaque formation**. Ce chèque vous sera restitué ou détruit après la formation. En revanche, compte-tenu des frais d'organisation engagés, il sera encaissé par l'AFPA en cas d'annulation moins de 3 semaines avant la date de la formation, ou si vous ne réalisez pas la totalité de la formation.
- Hébergement** en Métropole : Pour les séminaires de 2 jours ou dans le cas de deux formations FAF successives sur le même thème :



- En cas de situation de handicap**, merci de vous rapprocher de notre **Référent Handicap** : **Emmanuèle Grassin** [pediatres@afpa.org](mailto:pediatres@afpa.org)  
- tél. 06 49 57 22 30

ÉCRIRE EN MAJUSCULES LISIBLEMENT

M.  Mme Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance (à préciser dans le cadre de votre inscription) \_\_\_\_\_

Adresse  professionnelle ou  personnelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail (indispensable) : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Année de thèse : \_\_\_\_\_ Année d'installation : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice :  urbain  rural  semi-rural Spécialité : \_\_\_\_\_

Exercice exclusif (100%) :  libéral exclusif  salarié exclusif

Libéral mixte Exercice dominant > 50 % (à préciser) :  Libéral  PMI  Crèche  MECS  Hôpital

Autre : \_\_\_\_\_  Exerce en maternité

Type de cabinet :  individuel  groupe  Secteur 1  Secteur 2  Autre : \_\_\_\_\_

N° ADELI : \_\_\_\_\_ sur feuille de soin

N° R.P.P.S : \_\_\_\_\_ RPPS : Répertoire Partagé Professionnels de Santé, numéro à 11 chiffres

Numéro Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**N° SIRET obligatoire** (exercice libéral France et métropole uniquement) : \_\_\_\_\_

- Ce programme et l'ensemble de la démarche correspondent à mes attentes, j'ai lu les [conditions générales de vente et accepte l'utilisation de mes données par l'AFPA](#)

## Récapitulatif des demandes d'inscription- Séminaires AFPA-FAF - 2025

Reporter ci-dessous, les séminaires auxquels vous souhaitez participer. Si vous demandez un hébergement, cochez la case *Hôtel* (condition voir ci-dessous)

| Date des formations | Intitulé des programmes et villes choisis | Hôtel<br>+50km        |
|---------------------|---|-----------------------|
|                     |   | <input type="radio"/> |
|                     |   | <input type="radio"/> |

**Dossiers d inscription complets à adresser à :**  
**Emmanuèle GRASSIN** Secrétaire de l AFPA 15 rue Maurice Bertheaux 33400 TALENCE Tél. 06 49 57 22 30  
Courriel : [aurelie@afpa.org](mailto:aurelie@afpa.org) **Tout dossier incomplet sera renvoyé**

Siège social: Zone de la Fouquetière 155 rue Edouard Branly 44150 ANCENIS SAINT GEREON  
TVA : FR 82401255914 Siret : 401 255 914 00103 Code NAF : 9499Z Déclaration FPC : 24 45 0372945

**Programmes indemnisés dans la limite de votre enveloppe DPC annuelle**

**Procédure d'inscription aux programmes DPC : (inscription possible jusqu'à 15 jours avant la date de formation dans la limite des places disponibles)**

1. **L'adhésion est recommandée** : [www.afpa.org](http://www.afpa.org) > [Adhérer à l'AFPA](#) (paiement en ligne) envoyer le bulletin d'adhésion accompagné d'un chèque; sinon 50€ de frais de dossier sont à régler par formation.
2. Sur le site [www.afpa.org](http://www.afpa.org), soit vous préinscrivez au programme choisi en vous connectant à votre espace adhérent, soit télécharger le bulletin d'inscription.
3. S'inscrire au programme choisi sur votre compte de formation ANDPC <https://www.agencedpc.fr/professionnel/> (cf. mode d'emploi sur site [www.afpa.org](http://www.afpa.org)).
4. En cas de situation de handicap, merci de vous rapprocher de notre **Référente Handicap** : **Valérie Manable** [valerie@afpadpc.org](mailto:valerie@afpadpc.org)  
- tél: **07 83 30 46 67**

**Dans tous les cas : Envoyer un chèque de caution de 300 € à l'ordre de l'AFPA DPC pour une formation d'un jour, 600 € pour une formation de deux jours** au secrétariat dédié (voir sur la page de formation).

Ce chèque sera détruit à l'issue de la formation. En revanche, compte tenu des frais d'organisation engagés, il sera encaissé par l'AFPA DPC en cas d'annulation moins de 3 semaines avant la date de la formation, ou si vous ne réalisez pas la totalité de la formation.

**Pour les séminaires de 2 jours indemnisables (forfait ANDPC couvrant l'intégralité du coût de la formation) et ayant lieu en métropole :**

> **Si vous habitez à plus de 50 km**, la nuit intermédiaire et le petit déjeuner dans l'hôtel de la formation seront pris en charge par AFPA DPC moyennant une participation de 100 euros par chèque. Cochez la case Hôtel. **Joignez un chèque de 100 euros** libellé à l'ordre de AFPA DPC. Les pauses et déjeuner sont offerts, le dîner reste libre et à votre charge.

ÉCRIRE EN MAJUSCULES LISIBLEMENT

M.  Mme Nom et prénom :

Nom de naissance (à préciser dans le cadre de votre inscription) :

Adresse professionnelle :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Portable :

E-mail (indispensable) :

**Préciser obligatoirement Mode d'exercice dominant > (50%) :**

Libéral Date d'installation :

salarié

Et votre spécialité :  Pédiatre  Autre

Spécialité :

N° ADELI :

sur feuille de soin

Date de Naissance :

N° R.P.S. :

RPPS : Répertoire Partagé Professionnels de Santé, numéro à 11 chiffres

Numéro Sécurité Sociale :

**N° SIRET obligatoire** (exercice libéral France et métropole uniquement) :

Ce programme et l'ensemble de la démarche correspondent à mes attentes, j'ai lu les [conditions générales de ventes et accepte l'utilisation de mes données par AFPA DPC](#)

**Demande d'inscription - Programme avec séminaire - AFPA DPC - 2025**

- Reporter ci-dessous, pour le programme DPC auquel vous souhaitez participer : le thème du séminaire, la date et le lieu.
- Si vous demandez un hébergement, cochez la case Hôtel (cf conditions ci-dessus)

|                    | Thème | Date | Lieu | Hôtel<br>+50km                                 |
|--------------------|-------|------|------|--|
| DPC indemnisables  |       |      |      | <input type="radio"/><br><input type="radio"/> |
| Programmes payants |       |      |      |  |

Dossier d'inscription complet à adresser à :

Apôles Santé BP 152 33321 BEGLES Cedex Tél : 07 67 93 71 80

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2025 AUX PROGRAMMES DPC NON PRÉSENTIELS EN LIGNE (E-LEARNING ou Classe virtuelle) D'AFPA DPC

**Programmes indemnisés dans la limite de votre enveloppe DPC annuelle**

**Procédure d'inscription aux programmes DPC :** (inscription possible jusqu'à la veille de la date de formation dans la limite des places disponibles). Plus aucune inscription ne sera prise en compte après le 10 octobre 2025.

1. **L'adhésion est recommandée :** [www.afpa.org](http://www.afpa.org) > Adhérer à l'AFPA (paiement en ligne) ou avec un bulletin d'adhésion.
2. Sur le site [www.afpa.org](http://www.afpa.org), soit vous préinscrivez au programme choisi en vous connectant à votre espace adhérent, soit télécharger le bulletin d'inscription.
3. S'inscrire au programme choisi sur votre compte de formation ANDPC [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) (mode d'emploi sur le site [www.afpa.org](http://www.afpa.org)).
4. En cas de situation de handicap, merci de vous rapprocher de notre Référent Handicap : Valérie Manable  
valerie@afpadpc.org - tél: 07 83 30 46 67

**Envoyer un chèque de caution de 300 €** à l'ordre de l'AFPA DPC. Ce chèque sera détruit à l'issue de la formation. En revanche, compte-tenu des frais d'organisation engagés, il sera encaissé par l'AFPA DPC si vous ne réalisez pas la totalité de la formation.

**Si votre enveloppe DPC est épuisée, et que vous souhaitez vous inscrire à un programme supplémentaire labellisé AFPA DPC**

Se rendre sur le site [www.afpa.org](http://www.afpa.org) (onglet formations) ou compléter tous les éléments de la fiche ci-dessous.

Une participation vous est demandée, joindre un chèque de 300 € pour les adhérents, ou 350 € pour les non- adhérents à l'ordre de l'AFPA DPC.

ÉCRIRE EN MAJUSCULES LISIBLEMENT

M.  Mme Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance (à préciser dans le cadre de votre inscription) : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail (indispensable) : \_\_\_\_\_

**Préciser obligatoirement Mode d'exercice dominant > (50%) :**  Libéral Date d'installation : \_\_\_\_\_  salarié

Et votre spécialité :  Pédiatre  Autre

Spécialité : \_\_\_\_\_

N° ADELI : \_\_\_\_\_ sur feuille de soin Date de Naissance : \_\_\_\_\_

N° R.P.P.S : \_\_\_\_\_ RPPS : Répertoire Partagé Professionnels de Santé, numéro à 11 chiffres

Numéro Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**N° SIRET obligatoire** (exercice libéral France et métropole uniquement) : \_\_\_\_\_

Demande d'inscription - Programme avec séminaire - AFPA DPC - 2025

Reporter ci-dessous, le thème du programme auquel vous souhaitez participer.

Ce programme et l'ensemble de la démarche correspondent à mes attentes, j'ai lu les [conditions générale de vente et accepte l'utilisation de mes données par AFPA DPC](#)

Nom du programme DPC choisi : \_\_\_\_\_

Nom du programme payant choisi : \_\_\_\_\_

Merci de renvoyer ce formulaire d'inscription avec un chèque de caution de 300 € à l'ordre de l'AFPA DPC à adresser à :

Dossier d inscription complet à adresser à : Valérie MANABLE Secrétariat DPC AFPA

82 Bis route de Bourgueil 37140 RESTIGNE Tél: 07 83 30 46 67 Courriel: valerie@afpadpc.org