

COLLOQUE
à l'occasion des
- 25 ANS -
de l'unité des adolescents
20 & 21 mars 2015
- TOURS -



Hospitalisations possibles et impossibles
Du côté des adolescents et de leurs familles
Du côté des soignants et des institutions

BULLETIN D'INSCRIPTION À RETOURNER AVANT LE 15 MARS 2015

COORDONNÉES DU PARTICIPANT

Nom : Prénom :
Tél. : Profession :
Lieu d'exercice :
CP : Ville :
Adresse mail :@.....
(En majuscule, adresse mail nécessaire pour recevoir la confirmation d'inscription)
Adresse courrier du lieu d'exercice :
CP : Ville :
Tél. :

COORDONNÉES DE L'ORGANISME PAYEUR (en cas de prise en charge)

Nom de la structure :
Nom du responsable (contactable, le cas échéant) :
Tél. : Profession :
Adresse :
CP : Ville :
Adresse mail :@.....
(En majuscule, adresse mail nécessaire pour recevoir la confirmation d'inscription)

Mon employeur souhaite recevoir une convention de formation.

Le samedi 21 mars 2014
Conférences

Je m'inscris :

à la journée

**Le vendredi 20 mars 2014
Session Ateliers**

Je m'inscris :

Mémo ateliers

SESSION DE 16H00		SESSION DE 18H15	
1^{er} choix	2nd choix*	1^{er} choix	2nd choix*
1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>
		7. <input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/>

1. : Parents
2. : Médiation
3. : Orthophonie
4. : Ados hospi
5. : TF
6. : Anorexie
7. : Suicide

* Les places dans les ateliers étant limitées, merci d'indiquer votre second choix.

* La répartition se fera par ordre de réception des demandes.

Récapitulatif du paiement

(L'inscription ne sera valide qu'après réception du paiement).

Ateliers et Conférences combinés

Tarif Individuel (35 euros)

Tarif Étudiant (15 euros)*

***Joindre le justificatif**

Tarif Formation Continue (70 euros)

TOTAL €

<p align="center">Condition d'annulation</p> <p>20 % des droits d'inscription restent acquis pour frais de gestion à l'ATPREPSM en cas de désistement</p>
--

RÈGLEMENT par chèque, à l'ordre de l'**ATPREPSM**, à adresser avant le 28 février 2015 à :

**Colloque des 25 ans – Unité Adolescents
Clinique Psychiatrique Universitaire –CHU de TOURS
2 Bd Tonnellé, 37044 Tours Cedex 9**

Ou **par virement (de préférence) :**

Motif : 25 ans + votre NOM et Prénom

<i>Domiciliation</i> : CRÉDIT MUTUEL TOURS HALLES COMMERCE			
<i>Code banque</i>	<i>Code Guichet</i>	<i>N° de Compte</i>	<i>Clé RIB</i>
15459	37537	00011070901	27
<i>Identifiants internationaux : IBAN</i>		<i>BIC-SWIFT</i>	
FR76 1545 9375 3700 0110 7090 127		CMCIFR2A	

Renseignements :

Mme Sophie DA SILVA-LESAGE : 02 47 47 91 26 colloque25ans@chu-tours.fr