**Le Master Class de l'Institut de Psychiatrie :**

Remédiation Cognitive chez l’enfant : le programme CRT

**Bulletin d’inscription à renvoyer complété et signé**

**Je soussigné(e), m’inscris à la formation MC9 sur le thème « *Remédiation Cognitive chez l’enfant »* et en accepte les conditions financières.***(cochez selon votre situation) :*

[ ]  Tarif normal ………………………………………………………………………………………………………..350 €

[ ]  Tarif étudiant (**joindre une photocopie de la carte d’étudiant à ce bulletin d’adhésion**)…………200 €

[ ]  Tarif adhérent Institut de Psychiatrie (à jour des cotisations) …………………………………………….200 €

[ ]  Prise en charge par la formation continue …………………………………………………………..........350 €

*=> vous devez transmettre la* ***convention jointe*** *à votre service de formation continue après l’avoir signé et*

*nous indiquer leurs coordonnées  (nom, mail, tel)*

**Nom et prénom**:......................................................................................................................................................

Qualification(s) professionnelle(s):........................................................................................................................

Lieu d’exercice (nom de l’hôpital / ville si libéral) :.............................................................................................

Adresse : ...................................................................................................................................................................

Code postal : …………………………Ville :…………………………………………………………Pays : ...................

**Téléphones (fixe et portable):** ................................................................................................................

**Courriel**: ............................................................................... (Fax: ...........................................................)

Seuls sont autorisés les modes de paiement suivants *(cochez selon votre choix):*

* **les chèques** postaux ou bancaires libellés en euros et compensables en France**, à l’ordre de Institut de Psychiatrie**
* **les virements** sur le compte de Institut de Psychiatrie. *Dans ce cas, joindre au dossier d’inscription une copie du bordereau de versement mentionnant le nom du payeur (s'il est différent du nom du stagiaire.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Code banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB | Domiciliation |
| 10278 | 06054 | 00020496801 | 78 | CM Paris 14 |

Merci de nous retourner ce bulletindûment complété par mail à : **formation@institutdepsychiatrie.org** et accompagné du paiement ou de la convention de formation continue à l’adresse suivante : **Secrétariat du Pr MO Krebs, SHU, Institut de Psychiatrie, GHU Site Sainte-Anne, 1 rue Cabanis 75014 Paris.**

*NB**L'inscription prend effet à la réception du formulaire ET du paiement.*

Date : ............................................................... Signature :