

**HYPNOSE EN PEDIATRIE**  
**SAMEDI 24 MARS 2018**

À retourner à : **A.F.E.H.M.**  
19, Av. Franklin Roosevelt • 75008 Paris  
**Tél. : 01 42 56 65 65**

*Bulletin d'Inscription*  
(à remplir en lettres capitales)

**Je m'inscris à la journée du SAMEDI 24 Mars 2018**

**Inscriptions \***

Inscription individuelle	160 €
- Infirmières, Sages-femmes, étudiants, Kinésithérapeutes, Psychomotriciens...	90 €
Prise en charge Formation continue	250 €

\* *incluant une collation*

Nom ..... Prénom .....

Profession ..... Lieu d'exercice .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél .....

E.mail .....@.....

◆ **DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE**

Etablissement.....  
Adresse de Facturation.....  
Code postal ..... Ville.....  
Tél..... Fax.....  
E.mail.....@.....

◆ **INFORMATION GENERALES**

N° d'agrément : 11 75 28 376 75

Demande de convention :  oui  non

Uniquement si prise en charge par l'établissement

◆ **MODE DE REGLEMENT :**

Le règlement peut s'effectuer

- Par chèque bancaire à l'ordre de AFEHM
- Par virement bancaire : RIB à demander au secrétariat  
(secret.hyp@wanadoo.fr)

Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement :

.....