

## VOS INFORMATIONS

**NOUS, SOUSSIGNÉS, SOLLICITONS L'ADHÉSION À L'ASSOCIATION INTERCAMSP DE L'ÉTABLISSEMENT :**  
**CAMSP/SESSAD/CMPP (RAYER LA MENTION INUTILE) DE :**

**EN QUALITÉ DE :**

MEMBRE ADHÉRENT ORGAMÉDI\*

MEMBRE ADHÉRENT ASSOCIÉ

**\*ETP TOTAL AU 1ER JANVIER 2024 :**

## DEVENEZ ADHÉRENT D'INTERCAMSP

### ENTREZ DANS LA COMMUNAUTÉ DES ADHÉRENTS INTERCAMSP !

Créée en 1993 par 5 CAMSP de Provence, InterCAMSP est une association de loi 1901.

Notre conseil d'administration est constitué de professionnels de terrain de différentes fonctions.

Nous rejoindre, c'est s'associer à un projet mutualisé au niveau national et régional dans lequel vous pourrez vous investir !

OrgaMédi participe à l'efficacité de la communication interne et facilite la communication externe, notamment par les analyses automatisées servant de socle à l'élaboration du Rapport Annuel Moral d'Activité (RAMA) et dans l'extraction des indicateurs médico-sociaux obligatoires (CNSA, ANAP...)

Nos formateurs assurent le suivi quant à la prise en main de l'outil OrgaMédi Vs2 au plus près de la pratique terrain des structures adhérentes :  
Hotline gratuite et illimitée - Assistance - Session personnalisée



### MEMBRE ADHÉRENT ORGAMÉDI

#### Membre associé +

Hébergement DataCenter certifié HDS  
Accès registres Nationaux FINESS, RPPS  
Accès registre Éducation Nationale  
Module Médical CIM-II  
Nomenclatures SERAFIN-PH  
Hotline et Assistance Mail/Visio  
Rencontres InterCAMSP (présentiel/visio)  
Tarifs préférentiels formation cliniques  
COPIIL évolution OrgaMédi  
PTEH (Région PACA uniquement)  
Certification Ségur MS1 (DMP, INS, MSS)



### MEMBRE ADHÉRENT ASSOCIÉ

Rencontres InterCAMSP (présentiel/visio)  
Tarifs préférentiels Actions de formation et Congrès  
CO-PIL Évolution OrgaMédi  
Participation aux actions de la PTEH PACA  
Réception de la Lettr'Info InterCAMSP :  
↓  
*Veille du domaine*  
*Actualités de l'association*  
*Mise en exergue de vos événements.*

## COTISATION ANNUELLE : MEMBRE ADHÉRENT ORGAMÉDI



### CAMSP, SESSAD, CMPP...



### PLATEFORME PCO

**Merci de cocher les case correspondantes**

ETP <= 5	1 364 €	<input type="checkbox"/>
5 < ETP <= 10	1 774 €	<input type="checkbox"/>
10 < ETP <= 15	2 067 €	<input type="checkbox"/>
15 < ETP <= 20	2 422 €	<input type="checkbox"/>
20 < ETP <= 25	2 853 €	<input type="checkbox"/>
25 < ETP <= 30	3 043 €	<input type="checkbox"/>
30 < ETP <= 35	3 296 €	<input type="checkbox"/>
35 ETP ET PLUS	3 614 €	<input type="checkbox"/>

VERSION 1	367 €	<input type="checkbox"/>
VERSION 2*	1 575 €	<input type="checkbox"/>

\*Au prorata des mois utilisés

### ABONNEMENT SMS

**120€/annuel + nombre de sms à provisionner :**

**Les SMS non utilisés sur l'année en cours sont reportés sur l'année suivante**

**Votre demande :**

..... X 0.07 = ..... €

Faire une demande de devis à [anne@intercamsp.fr](mailto:anne@intercamsp.fr)

## COTISATION ANNUELLE : MEMBRE ADHÉRENT ASSOCIÉ

**210€**

## PERSONNE HABILITÉE À PARTICIPER AUX VOTES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2025

NOM/PRÉNOM

QUALIFICATION

COURRIEL

TÉLÉPHONE

L'adhésion est finalisée à la réception du présent bulletin et des documents cités ci-après dûment parafés sur chaque page, signés et estampillés :

- Statut
- Règlement intérieur InterCAMSP
- Charte d'utilisation du logiciel OrgaMédi

FAIT LE :

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

À :

**DIRECTEUR :**

**MÉDECIN DIRECTEUR TECHNIQUE :**

NOM/PRÉNOM :

NOM/PRÉNOM :

SIGNATURES :

SIGNATURES :

**PAIEMENT :**

CHEQUE BANCAIRE CI-JOINT

VIREMENT OU MANDAT  
ADMINISTRATIF

### REPLIR ET JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES TABLEAUX CI-APRÈS

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé appelé DIGIFORMA (logiciel de gestion de formation) et dans un fichier Excel afin de permettre les publipostages.

L'accès aux données est strictement limité aux personnels d'InterCAMSP. Nous mettons en place tous les moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

En remplissant ce document, vous nous autorisez à vous contacter dans le cadre des activités de l'Association InterCAMSP.

**Gestionnaire :**

Adresse :

CP/Ville :

Directeur :

Courriel :

Téléphone :

**Nom du site adhérent :**

Adresse :

CP/Ville :

**FINESS :**

ETP :

Téléphone :

**Directeur :**

Courriel :

Téléphone :

**Médecin directeur :**

Courriel :

Téléphone :

**Responsable Formation :**

Autre prof. hiérarchique :

Courriel :

Téléphone :

**Secrétaire 1 :**

Courriel :

Téléphone :

**Secrétaire 2 :**

Courriel :

Téléphone :

**Nom du site :**

.....

Adresse :

.....

.....

CP/Ville :

.....

FINESS :

.....

ETP :

.....

Téléphone :

.....

**Directeur :**

.....

Courriel :

.....

Téléphone :

.....

**Médecin directeur**

.....

Courriel :

.....

Téléphone

.....

**Resp. Formation :**

.....

Autre prof. hiérarchique

.....

Courriel :

.....

Téléphone :

.....

**Secrétaire 1**

.....

Courriel :

.....

Téléphone :

.....

**Secrétaire 2**

.....

Courriel

.....

Téléphone

.....

**NOUS CONTACTER**

**Une question, une remarque ?**

**Vous souhaitez être rappelé ?**



04 86 64 81 92

09h - 17h

[contact@intercamsp.fr](mailto:contact@intercamsp.fr)