

BULLETIN DE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION MEMBRE ASSOCIÉ 2026

VOS INFORMATIONS

Nous, soussignés, sollicitons l'adhésion à l'Association InterCAMSP en qualité de
MEMBRE ADHÉRENT ASSOCIÉ

NOM DE LA STRUCTURE :

CAMSP ☐ CMPP ☐ SESSAD ☐ AUTRES ☐ Précisez :

COTISATION ANNUELLE : MEMBRE ADHÉRENT ASSOCIÉ

210€

ENTREZ DANS LA COMMUNAUTÉ DES ADHÉRENTS MEMBRES ASSOCIÉS 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 !

 04 86 64 81 92

 Horaires : 09h - 17h

 contact@intercamsp.fr

ADHÉRENT MEMBRE 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.

NOM/PRÉNOM :

QUALIFICATION :

COURRIEL :

TÉLÉPHONE :

FAIT LE : ____ / ____ / ____ **À :**

DIRECTEUR :

NOM/PRÉNOM :

.....

SIGNATURE :

MÉDECIN DIRECTEUR TECHNIQUE :

NOM/PRÉNOM :

.....

SIGNATURE :

PAIEMENT :

CHEQUE BANCAIRE CI-JOINT

☐

VIREMENT BANCAIRE

☐

REEMPLIR 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 :
.....

FINESS Juridique :
.....

Adresse :

CP/Ville :

Directeur :

Courriel :

Téléphone :

Nom du site adhérent :
.....

Adresse :

CP/Ville :

FINESS Géographique :
.....

ETP :

Téléphone :

Directeur :
.....

Courriel :

Téléphone :

Médecin directeur :
.....

Courriel :

Téléphone :

Responsable Formation :
.....

Autre prof. hiérarchique :

Courriel :

Téléphone :

Secrétaire 1 :
.....

Courriel :

Téléphone :
.....

Secrétaire 2 :
.....

Courriel :

Téléphone :

