

# ORGAMÉDI VERSION 2 ACTION 3 - MODULE MÉDICAL

Formateurs OrgaMédi : Lucie DECROIX / Alexandre MAROSELLI et directrice InterCAMSP : Aurore LAMOTTE  
Présentiel ou visioconférence

## ÉTABLISSEMENT

Adresse: .....  
.....  
.....  
Tel: .....  
Email: .....

## CONVENTION ET FACTURATION

Adresse: .....  
.....  
.....  
Tel: .....  
Email: .....

| NOM PRÉNOM | QUALITÉ | EMAIL | ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT |
|------------|---------|-------|-------------------------------|
|            |         |       |                               |
|            |         |       |                               |
|            |         |       |                               |
|            |         |       |                               |

| NOMBRE DE STAGIAIRES | TARIFS ADHÉRENTS |
|----------------------|------------------|
| 1                    | 300.00 €         |
| 2                    | 540.00 €         |
| 3                    | 780.00 €         |

## DATES DES FORMATIONS:

☐ 20 novembre 2026 ☐ 26 janvier 2027 ☐ 15 avril 2027 ☐ 04 juin 2027

Document à remplir et renvoyer à [sophie@intercamsp.fr](mailto:sophie@intercamsp.fr)  
Pour plus de 5 inscrits sur une même structure, nous contacter.  
Tarif inter-établissement sur devis

Nom<sup>1</sup> .....  
Prénom .....  
Qualité .....

Le ... / ... / ...  
À .....  
Signature et Estampille<sup>2</sup>

1- Informations obligatoires

2- Par ma signature, je certifie avoir autorisé pour inscrire le personnel désigné à l'action de formation précitée et accepte les termes des CGV des prestations InterCAMSP ci-jointes.