Association InterCAMSP

# BULLETIN DE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION 2027

## MEMBRE ASSOCIÉ

## VOS INFORMATIONS

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

**MEMBRE ASSOCIÉ**

**Nom de la structure :** .....

.....

**CAMSP** ☐ **CMPP** ☐ **SESSAD** ☐ **AUTRES** ☐ Préciser : .....

## COTISATION ANNUELLE : MEMBRE ASSOCIÉ

**210€**/an Valable pour l'année 2027 du 01/01/2027 au 31/12/2027

## ENTREZ DANS LA COMMUNAUTÉ DES 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 !

## ADHÉRENT MEMBRE ASSOCIÉ

- Rencontres InterCAMSP (présentiel/visio)
- Tarifs préférentiels Actions de formation et Congrès
- CO-PIL Évolution OrgaMédi
- Participation aux actions de la Plateforme Territoriale Enfance Handicap (PTEH PACA)
- Réception de la Lettr'Info (newsletter mensuelle d'InterCAMSP) : veille du secteur, infographies, actualités de l'association et mise en avant de vos événements.

04 86 64 81 92 Horaires : 09h - 17h contact@intercamsp.fr

Association Loi 1901 - Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 93 13 13055 13 auprès du préfet de région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur
Numéro SIRET : 399477074/00039 - Code APE : 9499Z - Code ODPC : 6553 - Certification QUALIOPI FRCM241114
Date de création : 09/02/2024 - Date de modification : 05/11/2026

## PERSONNE HABILITÉE À PARTICIPER AUX VOTES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2026

Nom/Prénom : .....

Qualification : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

### DIRECTEUR :

**Nom/Prénom :**

.....

**Signature :**

### MÉDECIN DIRECTEUR TECHNIQUE :

**Nom/Prénom :**

.....

**Signature :**

Fait le : ..... / ..... / .....  À : .....

## RÉGLEMENT

**CHÉQUE BANCAIRE CI-JOINT** ☐  **VIREMENT BANCAIRE** ☐

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

Les informations portées sur ce formulaire (identité, fonction, coordonnées professionnelles) sont enregistrées dans DIGIFORMA (logiciel de gestion de formation) et dans un fichier Excel utilisé pour les publipostages.

Elles servent à gérer votre adhésion, la facturation et vos échanges avec l'association. L'accès aux données est strictement limité aux personnels d'InterCAMSP, qui mettent en œuvre les moyens nécessaires pour en assurer la confidentialité et la sécurité.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données en écrivant à **contact@intercamsp.fr** ou à **dpo@intercamsp.fr**

En adhérant, vous acceptez l'utilisation du logiciel Upmeet pour l'enregistrement de vos échanges, exclusivement à des fins professionnelles. Enfin, en remplissant ce document, vous nous autorisez à vous contacter dans le cadre des activités de l'Association InterCAMSP.

**Désadhésion :** toute demande est adressée à InterCAMSP par courrier recommandé avec accusé de réception, à l'adresse InterCAMSP, 28 rue Chanzy, 13300 Salon-de-Provence.

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

(Tous les champs sont obligatoires)

### Organisme gestionnaire

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gestionnaire** | | **SIRET** | |
| **Adresse / CP / Ville** | | **Mail** | |
| **Directeur** | | **Téléphone** | |

### Site adhérent

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nom du site adhérent** | | **SIRET** | |
| **Adresse / CP / Ville** | | **Mail** | |
| **Téléphone du site** | | **ETP du site** | |

### Contacts de la structure adhérente

| Fonction | Nom/Prénom | Mail | Téléphone |
|---|---|---|---|
| **Directeur du site** | | | |
| **Médecin directeur** | | | |
| **Autre prof. hiérarchique** | | | |
| **Secrétaire 1** | | | |
| **Secrétaire 2** | | | |
| **Responsable service formation** | | | |
| **Responsable service financier** | | | |