



**Bulletin d'inscription**  
**Formation « Intitulé de la formation »**

**Date :**

**Lieu :**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**PROFESSION :** .....

**SPECIALITE :** .....

**TELEPHONE :** .....

**E-MAIL :** .....

**NUMERO RPPS :** .....

**MODE D'EXERCICE :**  LIBERAL     SALARIE     MIXTE

**ADRESSE :** .....

**CODE POSTAL :** .....

**VILLE :** .....

En cas de besoins spécifiques contactez notre référent handicap : Patricia Mathieu,

[patricia.mathieu@inovie.fr](mailto:patricia.mathieu@inovie.fr)

**Association médicale – Loi 1901**

Enregistrée sous le numéro de déclaration d'activité : 11 93 0728893, auprès de la DIRECCTE

SIRET : 438 085 128 000 25 – Code APE 9499Z

29 av Henri Barbusse - 93290 Tremblay-en-France