**Bulletin d’inscription**

**À retourner à
Migrations Santé • Pôle Formation**11, rue Sarrette - 75014 Paris🖷 + 33 (1) 42 33 29 73@ : migsante.formation@wanadoo.fr

Nom …………………………………………………………………

Prénom ………………………………………………………………

Profession ………………………………………………………..….

**Adresse et téléphone professionnels,**

si différents de l’adresse employeur :

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

**Inscription à la journée d’étude et dates**

**Acculturation et santé mentale – 19 Octobre 2017**

**Inscription au titre de la formation continue**

L’employeur procède à l’inscription et reçoit une attestation de présence du participant

Raison sociale …………………………………………………….……..

Service …………………………………………………………………..

Adresse ………………………………………………………………….

Code postal ……………………………………………………………...

Ville ……………………………………………………………………..

🕾 :……………………………………………………………………….

🖷 :………………………………………………………………………

@: ………………………………………………………………………

**Inscription à titre individuel : contacter nous**

Date, Signature et Cachet de la structure

Chèque postal ou bancaire de 23€ libellé à l’ordre de Migrations santé - La confirmation d’inscription à la journée d’étude vous sera envoyée par courrier électronique dès réception du règlement.



Migrations Santé - 11 rue Sarrette 75014 Paris - www.migrationsante.org
🕾 : 01 42 33 24 74 / 🖷 : 01 42 33 29 73 - @ :migsante.formation@wanadoo.fr

Siret : 784287609 000 43 - APE 9499 Z - N° déclaration activité formation n° 11750434275

Association régie par la loi de 1901