



# SOCIETE MARCE FRANCOPHONE

ASSOCIATION FRANCOPHONE POUR L'ÉTUDE DES PATHOLOGIES  
PSYCHIATRIQUES PUERPÉRALES ET PÉRINATALES

13<sup>ème</sup> JOURNÉES ANNUELLES MARSEILLE - Jeudi 18 et Vendredi 19 mars 2010

## INTERVENIR A DOMICILE EN PSYCHIATRIE PERINATALE

### Bulletin d'Inscription - Date limite 10 mars 2010

Nom ..... Prénom.....

Fonction .....

Adresse professionnelle .....

Tél ..... e-mail.....

#### FRAIS D'INSCRIPTION

N° Agrément formation n°93131070313. N°Siret 44779385200016.

Tarif formation professionnelle	150 €
Membre Marcé	70 €
Non Membre	120 €
Etudiant	30 €

La fiche d'inscription est à adresser au secrétariat du service de Psychiatrie Infanto Juvénile – Hôpital Sainte Marguerite 270, bd de Sainte Marguerite – B.P. 29 – 13274 MARSEILLE Cédex 09, avec :

pour la France, le versement par chèque libellé à l'ordre de l'**ARPE**

pour la Belgique, le versement

- Par chèque libellé à l'ordre de **Société Marcé Francophone**
- Par virement **Société Marcé Francophone**  
banque CBC, compte n° 732-0055039-91



# SOCIETE MARCE FRANCOPHONE

ASSOCIATION FRANCOPHONE POUR L'ÉTUDE DES PATHOLOGIES  
PSYCHIATRIQUES PUERPÉRALES ET PÉRINATALES

13<sup>ème</sup> JOURNÉES ANNUELLES MARSEILLE - Jeudi 18 et Vendredi 19 mars 2010

## INTERVENIR A DOMICILE EN PSYCHIATRIE PERINATALE

### Bulletin d'Inscription - Date limite 10 mars 2010

Nom ..... Prénom.....

Fonction .....

Adresse professionnelle .....

Tél ..... e-mail.....

#### FRAIS D'INSCRIPTION

N° Agrément formation continue n°93131070313. Siret 44779385200016.

Tarif formation professionnelle	150 €
Membre Marcé	70 €
Non Membre	120 €
Etudiant	30 €

La fiche d'inscription est à adresser au secrétariat du service de Psychiatrie Infanto Juvénile – Hôpital Sainte Marguerite 270, bd de Sainte Marguerite – B.P. 29 – 13274 MARSEILLE Cédex 09, avec :

pour la France, le versement par chèque libellé à l'ordre de l'**ARPE**

pour la Belgique, le versement

- Par chèque libellé à l'ordre de **Société Marcé Francophone**
- Par virement **Société Marcé Francophone**  
banque CBC, compte n° 732-0055039-91

## CONVENTION DE FORMATION

**Entre** **A.R.P.E N° agrément Formation Continue n°93131070313 :**  
Association de recherches pour le soutien des parents et le développement des enfants.

**Et Etablissement ou raison sociale** .....

Adresse .....

Code postal/Ville .....

**OBJET** **Intervenir à domicile en psychiatrie périnatale.**

**Dates** **Jeudi 18 et vendredi 19 mars 2010**

**Lieu** Marseille- Faculté de Médecine, 27 Bd Jean Moulin – 13385 Marseille Cédex 05.

**Participants** Nom – Prénom – Grade – Fonction

---

---

---

---

---

---

---

**Coût** Frais de formation 150 euros TTC x .....

Soit un total de ..... euros TTC

*France* A régler à l'ordre de **L'ARPE.**  
Virement sur le compte C.M N° 00043885301 : Banque Crédit Mutuel .

*Belgique* A régler à l'ordre de **Société Marcé Francophone**  
Virement sur le compte n° 732-0055039-91 : Banque CBC

La présente convention est à retourner au secrétariat du service de Psychiatrie Infanto Juvénile – Hôpital Sainte Marguerite 270, bd de Sainte Marguerite – B.P. 29 – 13274 MARSEILLE Cédex 09.

Fait à ..... le .....

Pour l'employeur,

Pour l'Organisme de Formation,

## CONVENTION DE FORMATION

**Entre** **A.R.P.E N° agrément Formation Continue n°93131070313 :**  
Association de recherches pour le soutien des parents et le développement des enfants.

**Et Etablissement ou raison sociale** .....

Adresse .....

Code postal/Ville .....

**OBJET** **Intervenir à domicile en psychiatrie périnatale.**

**Dates** **Jeudi 18 et vendredi 19 mars 2010.**

**Lieu** Marseille- Faculté de Médecine, 27 Bd Jean Moulin – 13385 Marseille Cédex 05.

**Participants** Nom – Prénom – Grade – Fonction

---

---

---

---

---

---

---

**Coût** Frais de formation 150 euros TTC x .....

Soit un total de ..... euros TTC

*France* A régler à l'ordre de **L'ARPE.**  
Virement sur le compte C.M n°00043885301 : Banque Crédit Mutuel .

*Belgique* A régler à l'ordre de **Société Marcé Francophone**  
Virement sur le compte n° 732-0055039-91 : Banque CBC

La présente convention est à retourner au secrétariat du service de Psychiatrie Infanto Juvénile – Hôpital Sainte Marguerite 270, bd de Sainte Marguerite – B.P. 29 – 13274 MARSEILLE Cédex 09.

Fait à ..... le .....

Pour l'employeur,

Pour l'Organisme de Formation,