

**Bulletin d'inscription aux Séminaires en Pédicurie-Podologie 2009/2010**

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom.....  
.....

Prénom.....  
.....

Adresse  
professionnelle.....  
.....

tél. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fax \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e-mail :  
.....@.....

Adresse  
personnelle.....  
.....

tél. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fax \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e-mail :  
.....@.....

Année du D.E. :.....

Exercice libéral  Exercice salarié  Mixte

N°Thème du séminaire choisi et Date(s) corresponda nte(s)  
.....  
.....

Date(s) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°Thème du séminaire choisi et Date(s) corresponda nte(s)  
.....  
.....

Date(s) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°Thème du séminaire choisi et Date(s) corresponda nte(s)  
.....  
.....

Date(s) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°Thème du séminaire choisi et Date(s) corresponda nte(s)  
.....  
.....

Date(s) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Règlement (chèque à l'ordre de l'EFOM)

Date Signature

Bulletin à retourner à la Clinique de Soins - 15, rue Cujas - 75005 Paris tél. 01 43 29 81 25