BULLETIN D'INSCRIPTION

À remplir recto-verso

À retourner au Département médical de « Vaincre la Mucoviscidose »
181 rue de Tolbiac 75013 Paris – cbaran@vaincrelamuco.org
avant le 15 février 2010

NOM	PRENOM	CENTRE	SERVICE	RUE	CP	VILLE	TEL	E-MAIL

« Vaincre la Mucoviscidose » prend en charge des personnes de catégories professionnelles différentes : 6 par CRCM ou 2 par Centre Relais

O/N = OUI/NON

											MOYEN DE TRANSPORT			Pour prévision navettes gare/aéroport				
NOM RAPPEL	PEC (1) O/N	PROFESSION (2)	DÉJ. VEN 26/03 O/N	DÎNER VEN 26/03 O/N	DÉJ. SAM 27/03 O/N	NUIT JEU 25/03 O/N	NUIT VEN 26/03 O/N	CHAMBRE 1 PERS. UN LIT O/N	CHAMBRE 2 PERS. DEUX LITS O/N	NOM PRENOM 2e personne	AVION O/N	TRAIN O/N	VOITURE O/N	ALLER Jour d'arrivée	ALLER Horaire d'arrivée	RETOUR Jour de départ	RETOUR Horaire de départ	FICHET SNCF (3) O/N

(1) PEC = Je fais partie des personnes prises en charge par «Vaincre la Mucoviscidose»
(2) Médecin = M + (Spécialité) - Infirmière (y compris cadre, puéricultrice...) = I - Aide-soignante = AS - Kinésithérapeute = K - Diététicienne = D - Psychologue = P – Travailleur Social = TS -Secrétaire/Assistante = S - Autre = A + (précisez)
(3) Fichet SNCF = je souhaiterais recevoir un fichet réduction congrès SNCF

BULLETIN D'INSCRIPTION

À remplir recto-verso

À retourner au Département médical de « Vaincre la Mucoviscidose »
181 rue de Tolbiac 75013 Paris – cbaran@vaincrelamuco.org
avant le 15 février 2010

O/N = OUI/NON

	VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ D'ASSISTER À TROIS ATELIERS MAXIMUM VENDREDI				PRÉSENCE AUX ATELIERS					
NOM RAPPEL	N° ATELIER 1er CHOIX	N° ATELIER 2e CHOIX	N° ATELIER 3e CHOIX	N° ATELIER 4e CHOIX (4)	14h15/15h45 O/N	16h15/17h45 O/N	18h30/20h00 O/N	JE SUIS ADHÉRENT(E) À JOUR DE VAINCRE O/N	DROITS D'INSCRIPTION 40,00 €/PERS (5)	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE (6) O/N
								TOTAL		

(4) Atelier 4e choix = si l'un de mes 3 premiers choix ne peut être respecté, je note le numéro d'un quatrième atelier

(5) Je note le montant des Droits d'Inscription et je joins un chèque à l'ordre de « Vaincre La Mucoviscidose » (sauf pour les adhérents à jour de « Vaincre la Mucoviscidose »)

(6) Je participerai à l'Assemblée Générale de « Vaincre la Mucoviscidose », après les Assises.

N°	NOM DE L'ATELIER
1	Quelle place et quel rôle sont donnés aux parents lors du transfert Péd/Adul. et dans les CRCM Adultes
2	Orientation et vie professionnelle
3	Cures antibiotiques intraveineuses : Hôpital et/ou domicile
4	Allergie et intolérance aux antibiotiques
5	Troubles du sommeil
6	Le nez (pathologies rhinologiques, prévention et prise en charge)
7	Pathologies ostéoarticulaires et rhumatismales

N°	NOM DE L'ATELIER
8	Décision et accompagnement dans la préparation à la greffe
9	Difficultés pondérales
10	Dépistage et traitement du diabète
11	Gérer les urgences et accompagner la permanence des soins
12	Environnement, hygiène et vie quotidienne
13	Le regard de l'autre
14	L'annonce à l'enfant : quand et comment lui parler de sa maladie
15	La décision partagée à l'ère d'Internet

Pour adhérer à l'Association « Vaincre la Mucoviscidose », j'utilise le bulletin d'adhésion ci-joint et établis un chèque à part.