

**① ►► PRECISEZ ATTENTIVEMENT VOS :**

Nom Prénom

Coordonnées de correspondance :

Nom établissement (si adresse professionnelle) :

Adresse

Mail@..... Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

② ►► CHOISISSEZ votre ou vos affiliations combinées & CALCULEZ le MONTANT de :

► Votre COTISATION SFPEADA en tant que ▼		Reportez votre tarif ▼	
Membre médecin		120,00 €	
Membre médecin nouvellement affilié (1^{ère} cotisation)		60,00 €	
Membre des professions associées		60,00 €	
Membre des professions associées nouvellement affilié (1^{ère} cotisation)		30,00 €	
Internes / Etudiants des disciplines associées		35,00 €	
Membre honoraire ou retraité		50,00 €	
► ou votre COTISATION membres AFFPE ou AJPJA ▼		Reportez votre tarif ▼	
Internes déjà membres de l' AFFPE ou AJPJA (sur présentation d'un justificatif)		25,00 €	
► votre ABONNEMENT à la <u>Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence</u>		Reportez votre tarif ▼	
France		128,00 €	
Union Européenne		139,00 €	
Hors Union Européenne		161,00 €	
► votre ABONNEMENT à la revue <u>Pour la recherche</u>		Reportez votre tarif ▼	
France		20,00 €	
Etranger		25,00 €	
TOTAL	additionnez →	__ __ __,00 €	

③ ►► Choisissez et effectuez VOTRE PAIEMENT sur <http://sfpeada.fr/comment-regler-la-cotisation-annuelle/>;

- Carte bancaire
- Virement bancaire
- Chèque bancaire (à l'ordre de la SFPEADA)

Si vous choisissez l'option papier, il est indispensable de nous retourner ce formulaire complété, daté et signé, à l'adresse ci-après accompagné de votre chèque ou du justificatif de virement.

Adresse de correspondance :

Secrétariat de la SFPEADA – Patricia CHAMBRY – 30 rue Hector Ridel – 27000 EVREUX

④ ►► AVANT LE...**30 avril 2026****MERCI !**

Fait à

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature