



**BULLETIN D'INSCRIPTION À LA « JOURNEE DES ACTEURS »
DU COREVIH IDF OUEST à retourner avant le 23 septembre**

Par mail : magaly.petro@apr.aphp.fr ou Par fax : 01 49 09 56 49

Par courrier : Corevih IDF Ouest - Hôpital Ambroise-Paré
9, avenue Charles de Gaulle - 92104 Boulogne-Billancourt cedex

Comité de coordination de lutte
contre l'infection due au VIH

Mardi 7 Octobre 2014 de 9h00 à 17h30

**Au centre de gérontologie « Les Abondances »
56, rue des Abondances 92100 Boulogne-Billancourt**

Le nombre de participants est limité à 180 personnes. Les frais de participation et la restauration sont pris en charge par le Corevih Ile-de-France Ouest. Les frais de déplacements ne sont pas pris en charge.

Je m'inscris à la journée 2014

Je participerai : Le matin L'après-midi Toute la journée

Je déjeunerai sur place : Oui Non

Je m'inscris à l'atelier

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atelier 1 : Vivre dans une Ehpad. Le VIH est-il un frein à l'accueil ? | <input type="checkbox"/> choix 1 | <input type="checkbox"/> choix 2 |
| <input type="checkbox"/> Atelier 2 : Soignants et sexualité des patients. Comment en parler ? | <input type="checkbox"/> choix 1 | <input type="checkbox"/> choix 2 |
| <input type="checkbox"/> Atelier 3 : Parents et enfants/fratrie concernés par le VIH. Qu'est-ce qui se dit ? | <input type="checkbox"/> choix 1 | <input type="checkbox"/> choix 2 |
| <input type="checkbox"/> Atelier 4 : Cancer « du dépistage au traitement » | <input type="checkbox"/> choix 1 | <input type="checkbox"/> choix 2 |

Pr Dr Mme Melle M.

Nom :

Prénom :

Je participe aux actions du Corevih IDF Ouest Oui Non

Je suis membre d'un autre Corevih : Oui Précisez lequel :
 Non

Profession

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Administratif | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | |
| <input type="checkbox"/> IDE | |
| <input type="checkbox"/> Médecin | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Profession médico-social | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | |
| <input type="checkbox"/> Tec | |
| <input type="checkbox"/> Autres | Précisez : |

Fonction

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chef de service | <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Directeur | <input type="checkbox"/> Bénévole ou volontaire | <input type="checkbox"/> Autres Précisez : |

Type d'organisme

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Réseau | |
| <input type="checkbox"/> Hôpital | <input type="checkbox"/> Autres | Précisez : |

Nom de l'organisme : **Nom du service :**

Adresse professionnelle : **Code postal :** **Ville :**

Tél. :/...../...../...../...../..... **Tél. portable :**/...../...../...../...../.....

Fax :/...../...../...../...../..... **E-mail :**@.....