

# DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'AGREMENT

A retourner dûment remplie et  
signée à FEDAREG accompagnée de la  
photocopie du **document INSEE**



<b>Nom du Praticien et/ou Cabinet</b>	
<b>N° siret</b> (Photocopie du doc INSEE obligatoire)	
<b>Titre</b>	<input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr
<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Code postal</b>	
<b>Ville</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Téléphone portable</b>	
<b>Email</b>	
<b>Site internet</b>	

Ces informations seront mises en ligne sur le site internet dans la rubrique « Praticiens Agrés », si vous ne le souhaitez pas, merci de le préciser :

**Adresse de correspondance (si différente de ci-dessus) :**

Adresse	
Code postal et ville	

**Techniques thérapeutiques pratiquées (Copie des diplômes et certifications)**

Techniques et professions para-médicales	Nombres d'heures	Année du diplôme

**Faites-vous partie d'une association professionnelle ?**  Oui       Non

Si oui laquelle :

Je règle par chèque à l'ordre de FEDAREG la cotisation annuelle de 40€.

**Date :**

**Signature :**