



Président  
F. Boralevi

Présidente  
d'Honneur  
C. Bodemer

Secrétaire-Trésorier  
S. Barbarot

CA  
L. Martin  
C. Chiaverini  
S. Hadj-Rabia  
T. Hubiche  
C. Léauté-Labrèze  
A. Maruani-Raphaël  
J. Mazereeuw-Hautier  
A. Phan  
P. Vabres

## FORMULAIRE DE RENOUELEMENT D'INSCRIPTION

A envoyer à  
Secrétariat SFDP  
Clinique Dermatologique - CHU Hôtel-Dieu - Place Alexis Ricordeau  
44093 NANTES CEDEX 1

ou  
secretariat.sfdp@gmail.com

Je suis membre de  
la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE  
Et désire renouveler ma cotisation pour 2019

Date : .....

NOM : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse postale :  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

**E-mail :**  
.....

Spécialité : Pédiatre.....  Date de thèse : .....  
Dermatologue..  Date de DIU : .....  
Autre : .....

Activité : Libérale.....   
Hospitalière.....   
Hospitalo-universitaire...   
Autre : .....

Proportion d'activité de dermatologie pédiatrique : .....% d'activité

- Montant de la **cotisation annuelle : 50,00 Euros**
- Règlement par Carte Bancaire sur le site de la SFDP [ici](#)
- Règlement par chèque libellé à l'ordre de :  
**"Société Française de Dermatologie Pédiatrique",**

- Adressé à :  
Dr Sébastien BARBAROT  
Secrétariat SFDP  
Clinique Dermatologique  
CHU Hôtel-Dieu  
Place Alexis Ricordeau  
44093 NANTES CEDEX 1

- Je désire recevoir un accusé réception du paiement de ma cotisation :

OUI

NON