

## Formulaire de commande

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

Fonction\* : .....

Structure\* : .....

Secteur d'activité : .....

N° SIREN\* : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : .....

Ville\* : .....

Courriel\* : .....

Adhérent Chorum\* :    oui             non

Quels guides et/ou référentiels souhaitez-vous avoir ?  
*cochez la(les) case(s) correspondante(s)*



**REFERENTIEL D'INITIATIVES**

« Développer l'accueil des  
enfants en situation de  
handicap dans les structures  
petite enfance »



**GUIDE**

« Anticiper les départs à la  
retraite des travailleurs handi-  
capés vieillissants par des  
stages de préparation »



**GUIDE PRATIQUE**

« S'engager dans une politique  
en faveur de l'emploi des  
personnes handicapées »



**GUIDE PRATIQUE**

« S'engager dans une politique  
d'achats responsables, un outil  
pour passer à l'action »

Je souhaite recevoir la newsletter le FIL CIDES\* :    oui             non

Par quel biais avez-vous eu connaissance des guides et référentiels ?

.....  
.....  
.....

Vous êtes susceptible de recevoir des informations sur la Mutuelle CHORUM et CIDES. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

*Afin de valider votre commande merci de compléter entièrement les éléments marqués d'un astérisque (\*).*

