

BULLETIN D'ADHESION

A retourner à Migrations-Santé Rhône-Alpes
17 rue Pasteur – 69007 Lyon

Le ___ / ___ / 20


Je soussigné,

NOM : _____

Prénom ; _____

Adresse : _____

 **domicile :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

 **portable :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

E-mail _____ @ _____

Etudiant

Diplôme . _____

Ecole : _____

Professionnel

Profession _____

Employeur _____

Autre _____

Précisez _____

Désire adhérer à l'association Migrations-Santé Rhône-Alpes et verse

Une cotisation :

10 € pour les étudiants

25 € pour les professionnels et autres

50 € pour les organismes

Un don de ___ €

Signature :