

# BULLETIN D'ADHESION 2014

à retourner à Migrations-Santé Rhône-Alpes  
15 rue du Dauphiné- 69003 Lyon

Le \_\_\_ / \_\_\_ / 2014

*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 de :

- 10 € pour les étudiants
- 25 € pour les professionnels et autres
- 50 € pour les organismes

Un don de \_\_\_ €

*Signature :*