

DEMANDE D'ADHÉSION

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP : Localité : Pays : FRANCE

Email :@.....

La plus grande partie du processus de gestion des membres est réalisée par email. Merci de nous donner une adresse que vous utilisez régulièrement.

Numéro de téléphone :

Merci de nous préciser quelle est la relation que vous avez avec Le Rire Médecin. Cette donnée est importante pour garantir la représentativité de l'ensemble de la communauté de l'association.
Plusieurs réponses possibles.

Avez-vous été bénéficiaire de l'action du Rire Médecin à l'hôpital (enfant, parent, soignant) ?
Oui *Non*

Etes-vous donateur au Rire Médecin ? *Oui* *Non*

Etes-vous bénévole au Rire Médecin ? *Oui* *Non*

Si oui, dans quel comité ?

Paris *Nantes* *Nancy* *Angers* *Marseille* *Orléans* *Tours*

Etes-vous salarié(s) ou comédien(ne) du Rire Médecin ? *Oui* *Non*

Je déclare : *(cochez les cases correspondantes)*

- Avoir lu les statuts et le règlement intérieur de l'association Le Rire Médecin et y adhérer.
- Disposer de ma pleine capacité juridique et être majeur à la date d'adhésion
- Autoriser l'association Le Rire Médecin à utiliser les photos ou films sur lesquels je figure. Ils pourront notamment être publiés dans le journal du Rire Médecin et sur le site web de l'association.
- M'engager à verser annuellement tant que je souhaite rester membre actif une cotisation dont le montant est fixé annuellement par le Conseil d'Administration.

Date :

Signature :

Pour valider votre demande, merci de compléter et signer ce document et de nous le renvoyer :

- Soit par email à l'adresse : adhesions@leriremedecin.org
- Soit par courrier à : Le Rire Médecin, Service Adhésions, 64/70 rue de Crimée, 75019 Paris

N'envoyez aucune cotisation, celle-ci vous sera demandée après validation de votre adhésion par le prochain Conseil d'Administration.