

**BULLETIN D'ADHESION**

à détacher et à renvoyer rempli à

l'A.F.I.R.E.M.,  
Hôpital des Enfants Malades  
149, rue de Sèvres  
75730 Paris Cédex 15

ou à votre Délégation Départementale

**NOM** .....

**PRENOM** .....

**ADRESSE** .....

.....

.....

**TELEPHONE** .....

**ADRESSE E MAIL** .....

**PROFESSION** .....

**SECTEUR D'ACTIVITES** .....

Souhaite devenir membre de l'A.F.I.R.E.M.

et verse la somme de : .....€

(42,00 € minimum pour les membres actifs –

75,00 € minimum pour les membres partenaires)

par chèque à l'ordre de l'A.F.I.R.E.M.

**L'ADHESION IMPLIQUE LA DISTRIBUTION DU CAHIER DE L'AFIREM**

**DATE** .....

**SIGNATURE :**