

Informations de base

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : / /

Profession : .....

Années d'expérience professionnelle : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : ..... Email : .....

Demande :

Je souhaite adhérer et être membre de l'association Droits d'urgence :  OUI  NON

Conditions et obligations :

Je suis informé(e) que ma demande sera soumise à la validation du CA :  OUI  NON

Dès validation du CA, je m'engage à verser la cotisation annuelle de membre.

Lieu et Date :

Signature :

**Contact :**

Michaela Blaise | Responsable Formation & vie associative

[mblaise@droitsdurgence.com](mailto:mblaise@droitsdurgence.com)

5, rue du Buisson Saint-Louis

75010 Paris | 01.40.03.63.02

[droitsdurgence.org](http://droitsdurgence.org)

**LE DROIT D'ÊTRE  
QUELQU'UN.**