



## BULLETIN D'ADHESION

NOM : .....PRENOM : .....

TYPE D'EXERCISE :

**Public** : Santé publique  Hospitalo-universitaire   
**Libéral**

STATUT PROFESSIONNEL :

**Généraliste**  **Résident**  spécialité :.....  
**Spécialiste**  spécialité :..... **Autres**  préciser :.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE : .....

POLE D'INTERET :

**Asthme**  **Nez et Allergie**  **Peau et Allergie**   
**Médicaments**  **Allergie alimentaire**  **Venins d'hyménoptères**   
**Œil et Allergie**  **Immunothérapie Allergénique**

TELEPHONE & E-MAIL :

Mobile : ..... Fixe : .....

E-mail : .....

COTISATIONS :

ANNEE	SOMME	SIGNATURE
2015 / 2016		
2016 / 2017		
2017 / 2018		

**Signature**