

## BULLETIN D'ADHÉSION 2018

(réservé aux Psychomotriciens et étudiants en psychomotricité)

### Adresse personnelle :

NOM : \_\_\_\_\_ (NOM DE JEUNE FILLE) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Mail (*obligatoire*) : \_\_\_\_\_

### Informations professionnelles :

Diplôme : \_\_\_\_\_ Année de Diplôme : \_\_\_\_\_

Institut de Formation : \_\_\_\_\_

Type d'exercice (*libéral, institution, mixte*) : \_\_\_\_\_

Type d'institution et de population : \_\_\_\_\_

Autres Diplômes (DU, Licences, autres...) \_\_\_\_\_

Spécialisations et domaines de prédilections : \_\_\_\_\_

### Adresse professionnelle :

NOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

.....  
A quelle adresse souhaitez vous être contacté par courrier :  personnelle  professionnelle

Je souhaite participer / collaborer aux actions de Calliopé  oui  non

### Je déclare adhérer à CALLIOPÉ pour l'année 2017.

Ci-joint un chèque à l'ordre de « Association Calliopé » d'un montant de 10 € couvrant mon adhésion pour l'année 2018.

Pièce jointe : Copie de mon D.E. ou copie de ma carte d'étudiant.

Fait à :

Signature

Le :

(précédée de la mention « lu et approuvé »)