

- REINSCRIPTION  
 NOUVELLE INSCRIPTION

Demande d'adhésion pour l'année : ..... Dernière année d'inscription : .....

Nom et prénom : .....

Docteur en médecine, spécialité : .....

Autre profession, précisez : .....

Etudiant, précisez : .....

Adresse Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail (indispensable) : .....

Quelle est votre activité dans le domaine du Sport-Santé ? (club, fédération, association, journal ...)

.....

.....

**La cotisation est fixée à 20 € / an ; gratuité pour les étudiants .**

**Les chèques sont à libeller à l'ordre de : « A.R.M.S Champagne-Ardenne » .**

Pour les nouveaux adhérents, vous recevrez par e-mail vos identifiants personnels pour l'accès à l'espace INTRANET du site Internet de l'association : [www.arms-ca.fr](http://www.arms-ca.fr) .

Vous acceptez que votre Nom, Prénom, Spécialité médicale, Ville et Département apparaissent dans l'espace ADHERENT du site Internet de l'association. Conformément à la CNIL, vous avez le droit à tout moment de rectifier ou faire retirer les informations vous concernant, sur demande écrite.

Formulaire (complété lisiblement)  
et paiement à retourner à cette adresse :

Dr Benoît VESSELLE  
ARMS – Service MPR  
CHU Robert Debré  
Rue du Général Koenig  
51 100 REIMS

*Date, signature, cachet professionnel :*