



cancer  
solidarité  
VIGNOBLE

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date d'entrée : ...../...../.....  1ère inscription ou  Renouvellement

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Sexe :

Téléphone :

E-mail :

Inscription newsletter : OUI / NON

Médecin traitant :

Notes :

Date du paiement :

Mode de paiement :

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom Prénom :

Numéro de téléphone :

Merci de nous retourner votre dossier accompagné de :

- 1 certificat médical
- 1 photo d'identité
- 1 copie de pièce d'identité
- 1 autorisation de droit à l'image
- 1 règlement intérieur lu et signé
- 1 règlement de 45€ par chèque ( à l'ordre d'AGIR contre la maladie) ou espèces pour un an d'accompagnement. Accompagnement limité à 2 ans.