



AMJ

Académie Médicale du Jeûne

26 rue des Tintiaux 35260 CANCALE

[acamedjeune@gmail.com](mailto:acamedjeune@gmail.com)

## BULLETIN D'ADHESION

*A remplir, signer et renvoyer à l'adresse ci-dessus avec votre chèque de cotisation ( 100 € )*

Je soussigné(e) :

Madame  Monsieur

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Adresse postale : .....

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

Adresse électronique : ..... @ .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Médecin (spécialité) .....

Soignant (préciser) .....

Autre activité (préciser) .....

**souhaite adhérer à l'Académie Médicale du Jeûne pour l'année 2020.**

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Académie et m'engage à en respecter les valeurs. J'ai bien noté que mon adhésion ne sera effective qu'après validation par le conseil d'administration de l'AMJ.

J'ai déjà expérimenté le jeûne (préciser lieu et durée)

J'ai déjà accompagné des jeûneurs (préciser où et quand)

J'ai suivi une formation médicale au jeûne (préciser)

Je n'ai pas expérimenté le jeûne

J'autorise  je n'autorise pas  l'Académie à faire état de mon adhésion dans ses publications et communications.

Je souhaite  je ne souhaite pas  recevoir les informations périodiques de l'Académie.

A  
Le

signature

***Merci de remplir, signer et renvoyer à l'adresse ci-dessus avec votre chèque de cotisation (100 €)***