



AMJ

Académie Médicale du Jeûne

26 rue des Tintiaux 35260 CANCALE

www.academiemedicaledujeune.fr

BULLETIN D'ADHESION (médecin / professionnel du soin)

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 professionnel du soin (préciser)

souhaite adhérer à l'Académie Médicale du Jeûne pour l'année en cours.

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 €)