



# MAUX SANS FRONTIERE

## BULLETIN D'ADHÉSION

**Je,**

Nom : .....

Pénom : .....

Adresse : .....  
.....  
.....  
.....

**Langues et niveaux de langues** (indiquer les langues et mettre une croix dans les cases correspondantes ; 1 = faible niveau à 5 = haut niveau et 6 pour double culture)

Langue	1	2	3	4	5	6

**Tranche d'âge** (veuillez entourer la catégorie à laquelle vous appartenez pour une possible adéquation avec l'âge des patients) :

moins de 30 ans - entre 30 et 45 ans - entre 45 et 60 ans - plus de 60 ans

Tél. : .....

Portable : .....

Adresse élect. : .....

**souhaite devenir membre actif de l'association Maux Sans Frontière (les interprètes bénévoles de l'hôpital de Saint-Malo) et m'engage à respecter le secret médical de rigueur dans le cadre des activités de l'association Maux Sans Frontière.**

Fait à Saint-Malo,

Le .....

Signature