



**Maux sans frontière**  
INTERPRÈTES BÉNÉVOLES

## BULLETIN D'ADHESION

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone .....

Portable .....

E-Mail .....

Langues :	A	B	C

A : - Langue maternelle (+ langue française à niveau équivalent) et/ou  
- Bilingue, double culture

B : - Langue maternelle (+ langue française de bon niveau) et/ou  
- Maîtrise de la langue étrangère de manière à pouvoir appeler un organisme social, un médecin ou la famille du patient.

C : - Maîtrise de la langue étrangère de manière à pouvoir aider le patient dans ses démarches à l'hôpital.

- ✓ Je me sens psychologiquement capable d'intervenir dans des cas de maladie grave
- ✓ Je ne souhaite pas intervenir dans des cas de maladie/accident grave

(Rayez la mention inutile)

**Je 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 :

Le :

