



---

**Veillez écrire en lettres d'imprimerie !**

---

DEMANDE D'ADMISSION en tant que:      MEMBRE ACTIF        
MEMBRE PASSIF        
MEMBRE DONATEUR     

---

**Madame/Monsieur/Maison**

Nom: ..... Prénom: .....  
Adresse ..... NPA/Lieu .....  
Date de naissance: ..... Nationalité: .....  
Profession: ..... Année de diplôme: .....  
..

Cursus professionnel:

Pourcentage ou nombre d'heures de votre activité actuelle consacré à la rééducation de patients présentant une atteinte de la main et/ou du membre supérieur: .....% ; .....h/semaine.

---

Annexes: photocopie du diplôme  
formule "Répertoire d'adresses" dûment remplie

---

Lieu/date:..... Signature:

**A retourner à: SSRM/SGHR**