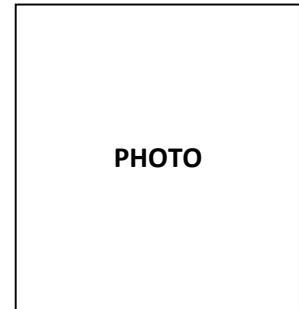




MedAM AFRIQUE
Médecins Amis des Malades AFRIQUE
Association Humanitaire et de Développement

FORMULAIRE D'ADHESION POUR VOLONTAIRE



- NOM ET PRENOMS * :
- PROFESSION * :
- PAYS DE RÉSIDENCE * :
- VILLE DE RÉSIDENCE * :
- BP :
- TEL : CEL * :
- E-MAIL * :

Je déclare être Volontaire à l'ONG Médecins Amis des Malades Afrique pour les activités suivantes :

Fait à le/...../20....