



MRMI - France

Demande d'adhésion d'une personne physique

Nom :

Prénom :

Profession / Qualité :

Organisation / Commandement Grade / Fonction :

Santé : Médecin Infirmier Administratif Spécialité :
 Cadre Autre :

Secours : Secouriste Médecin Infirmier Spécialité :
 Autre :

Sécurité : Police Gendarmerie Armée Sécurité privée
 Grade / Fonction :

Cours MRMI date :

Cours instructeur MRMI date :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

Adresse pour la correspondance : professionnelle personnelle

Tel :

Mél :

Parrain n°1 :

Parrain n°2 :

Je m'engage à régler la cotisation annuelle à MRMI-France de 20 €

Date :

Lieu :

Signature

Formulaire à retourner à : christelle.lodier@gmail.com