**ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES TERRITORIALES**

BULLETIN D'ADHESION ou de RENOUVELLEMENT D'ADHESION **ANNEE 2019**

Nouvelle adhésion ou Renouvellement d’adhésion

DEPARTEMENT. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . N° Dépt. . . . . . . . . . . .

**COORDONNEES PERSONNELLES** (**en lettres capitales**)

Mme/Melle/Mr  Nom marital . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nom de jeune fille . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prénom . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Nom usuel . . . . . . . . . . . . . . . .

*(que vous utiliser à titre professionnel et pour l'association)*

Adresse. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Code Postal. . . . . . . . . . . . . . . Ville. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

E-mail perso**\* ou** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone personnel ou Portable . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**COORDONNEES PROFESSIONNELLES** (\*)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél prof. . . . . . . . . . . . . . . . . . Portable prof. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

E-mail prof **\* ou**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\* ou** ) une adresse e-mail obligatoire: celle que vous privilégiez pour l'association

**FORMATIONS PROFESSIONNELLES**

\*DU . . . . \*Échographie . . .

\* DU . . . \*Haptonomie. . . .

\*Licence . . . \*Sophrologie . . . .

\*Master . . . \*Autre . . . . .

STATUT au sein du CD: (entourer votre réponse)

* SF T
* SFT et coordinatrice
* Coordinatrice

L'adhérent(e) :Reconnaît avoir pris connaissance au verso de ce Bulletin d'adhésion des dispositions consécutives à la législation "Informatique et Libertés" (Loi 78/17 du 06/01/1978 et Délibérations de la CNIL).

Refuse / Accepte (entourez votre choix) que mes coordonnées professionnelles soient transmises à certains organismes de formation.

Joint à ce document le paiement de ma cotisation annuelle, à **l’ordre de l’ANSFT**

**Sage-femme en activité : 26 euros Sage-femme retraitée : 18 €**

**L’adresser à la trésorière** Madame **Françoise JAUGIN**  **69 rue Léon Blum** -  **33560 CARBON BLANC**

Fait à . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . le . . . . . . . . . . . .. . . . signature