



# BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

À retourner par courrier :

SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS (SFAP)  
106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS  
Association reconnue d'utilité publique

Je souhaite devenir membre de la SFAP. **Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion qui demandera systématiquement de le compléter.**

## ► MES COORDONNEES

Nom ..... Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

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

Téléphone personnel : ..... Email personnel : .....

Adresse professionnelle : .....

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

Téléphone professionnel : ..... Email professionnel : .....

Profession : .....

**bénévole d'accompagnement**, préciser le nom de l'association : .....  
et joindre obligatoirement une attestation d'un(e) responsable de l'association.

## ► LES RAISONS QUI MOTIVENT MON ADHESION

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

En rejoignant la SFAP, je m'engage à respecter ses positions éthiques, et notamment celles qui sont définies par la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, en préambule des statuts.

## ► PARRAINAGE OBLIGATOIRE

Ma candidature est parrainée par l'adhérent de la SFAP mentionné ci-dessous, **à jour de sa cotisation**

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

**déclare être membre de la SFAP, à jour de ma cotisation**, et parrainer la demande d'adhésion de :

Nom : ..... Prénom : .....

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature marraine/parrain :

J'accepte de figurer dans l'annuaire des adhérents  Oui  Non.

Cet annuaire est uniquement accessible sur le site internet de la SFAP réservé aux adhérents, avec les items nom, prénom, email, activité et département...

## ► MONTANT DE LA COTISATION (règlement à joindre avec ce bulletin d'adhésion)

■ Profession : Médecins : **50 €** ■ Professions : Infirmier(e), aide-soignant(e), psychologue, travailleur social, autres acteurs de soins, autres professions (usagers...) : **35 €**

■ Etudiants en formation initiale, bénévoles d'accompagnement : **20 €** (sur justificatif)

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature :