

**Bulletin à retourner à l'Amicale St Julien-Hôpitaux de Rouen :**

**20€ : Adhésion**



Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code postal : .....  
Téléphone : ..... **Adresse E-mail :** .....  
Nom de votre service : ..... Hopital : .....  
Tél de votre poste : .....  
Nom et Prénom du conjoint : .....

Si Agent Hospitalier : ( *cocher la case* )  **OUI**  **NON**

**Nombre d'enfants :** .....

<b>Nom</b>	Prénom	Date de Naissance

**1ère Adhésion :** OUI NON (barrer la mention inutile) **Je**  
**ne renouvelle pas mon Adhésion, cocher la case**