



Formulaire de demande d'autorisation

Vos coordonnées :

Vous êtes infirmier(ière) : Titulaire Remplaçant(e)

Numéro Ordinal :

Civilité : Madame Monsieur

Date de naissance : / /

Nom : **Prénom :**

Adresse professionnelle :

Code postal : **Ville :**

Téléphone : **Portable :**

Email :@.....

Vos spécificités :

Langues étrangères :

Types de soins : Nuit Nursing Chimiothérapie Dialyse péritonéale

Autres :

J'autorise l'association « AILSA » à faire apparaître mes coordonnées professionnelles dans la rubrique « annuaire » du site internet de l'association www.ailsa.fr : Oui Non

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à : Le : / /

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données vous concernant. Pour exercer ce droit, veuillez contacter le secrétariat de l'association.