



Fiche d'adhésion  
Professionnels de santé  
Association Réseau Neuro Mémoire AVC  
- Allier

**Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier - AVC**

**Président** : Docteur Rénato COLAMARINO (*neurologue*)

**Vice-Présidents** : Docteur Marcel MAILLET-VIOUD (*neurologue*)

Docteur Emmanuel BAER (*gériatre*)

**Trésorier** : MR Bernard AUCHERE (*Trésorier France AVC*)

**Trésorier adjoint** : MME Elisabeth MICHON-VASQUEZ (*infirmière*)

**Secrétaire adjoint** : Docteur Jean Marie VOELTZEL (*Gériatre*)

**Membres** : Docteur Corinne ROCHE (*Neurologue*)

MME Delphine LARUE (*neuropsychologue*)

MR Serge LABART (*France Alzheimer*)

MR François MAILLOT (*pharmacien*)

MME Marie Laure PEROT BONNICI (*orthophoniste*)

MME Anne Cécile BENOIT-GOLA (*ergothérapeute*)

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

Exerçant à : .....

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

Spécialité :

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste (préciser) .....
- Infirmier (e)
- Assistante sociale
- Orthophoniste
- Psychologue
- Autre (préciser) .....

**Déclare adhérer au Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier (réseau de prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés dans l'Allier)**

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'Association Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier, de la Convention Constitutive et de la Charte du dit réseau et m'engage à signer la charte et l'avenant individuel à la convention constitutive du réseau et déclare avoir pris note de mes engagements et des possibilités que m'offrira l'appartenance au Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier.

Cotisation annuelle 20 €uros à l'ordre du Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier.

*Date & Signature :*

A retourner au secrétariat du Réseau Neuro Mémoire AVC - Allier :

Par fax : 04 70 47 55 71 ou Par courrier :

**RÉSEAU NEURO MÉMOIRE AVC - ALLIER – 7 rue du Chêne Vert - 03500 SAINT POURCAIN SUR SIOULE**