

Association Cannabis Médical : Formulaire d'inscription

Membre	☐ Actif	☐ Passif
	☐ M.	☐ Mme ☐ Mlle
Nom		
Prénom		
Date de Naissance		
Adresse		
Ville		
Téléphone fixe		
Téléphone mobile		
email		
Contact Skype		
Contact msn		
☐ Je désire m'investir dans l'association en tant que :		
<u>Uniquement pour les membres Actif :</u>		
Raison médicale pour l'utilisation du chanvre :		
Certificat médical fourni par le Docteur :		
Adresse		
Ville		
Téléphone		
Merci de nous envoyer le certificat médical.		

Quantité recommandée par le docteur (par mois) :	
Qualité demandée (mode de consommation) :	
Nombre de plante(s) demandée(s) pour l'année :	

Lieu, date et signature :