



## FICHE D'INSCRIPTION

1<sup>ère</sup> année (2021 – 2022)

### Certificat de compétence en Auriculothérapie Médicale

A renvoyer à IIAMS (*de préférence par mail*) complétée (en lettres MAJUSCULES) et signée

#### ETAT CIVIL

Melle  Mme  Mr

NOM :

PRENOM :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TEL PROFESSIONNEL :

TEL PORTABLE :

MAIL :

NATIONALITE :

#### PROFESSION

Médecine

Docteur en Médecine – Joindre copie du Diplôme

Etudiant en fin d'Etudes de Médecine – Joindre Attestation de fin d'Etudes

Chirurgie Dentaire

Docteur en Chirurgie Dentaire – Joindre copie du Diplôme

Etudiant en fin d'Etudes de Médecine – Joindre Attestation de fin d'Etudes

#### DOCUMENTS A FOURNIR :

- Fiche d'inscription complétée
- Lettre de motivation
- Expérience professionnelle
- Photocopie des diplômes

**SIGNATURE :**