



## FORMULAIRE ADHESION 2024-2025

NOM: ..... Prénom : .....  
ADRESSE PROFESSIONNELLE : .....  
.....

TELEPHONE et MOBILE : .....

ADRESSE INTERNET **lisible svp** :  
.....

**obligatoire !! Tampon professionnel**  
**ou attestation de l'employeur pour les kinés salariés**

 **Je désire adhérer à l'AKTL et je joins un chèque de 40€ pour 2024 Ou 80 € pour 2024 et 2025**

à l'ordre de l'AKTL  
Je recevrai un reçu fiscal, l'annuaire et les bulletins d'informations de l'AKTL

 **j'accepte de faire figurer mes coordonnées sur le site (sinon rayer cette ligne)**  **J'ai effectué une formation supplémentaire en drainage lymphatique manuel.**

**non / oui Année approximative** : .....

**L'AKTL évolue, nous avons besoin de votre avis sur notre fonctionnement actuel** : (Rayer ce qui ne convient pas à votre choix)

- - L'annuaire papier m'est utile / un listing par mail me suffirait
- - J'apprécie de : recevoir les bulletins par courrier/ recevoir les bulletins par mail
- - Les soirées scientifiques de l'AKTL m'intéressent OUI / NON
- - motif .....

### **Suggestions**

.....  
.....

Date et signature

\_\_\_\_\_

AKTL siège social : 52 avenue de la République 94700 MAISONS-ALFORT

**Adresse postale : AKTL LAMPL, 118 bis rue de Saussure B61/13. 75017 PARIS**