



CARABINS NICOIS
**Association des Etudiants en Médecine de
Nice**

NOM :

PRENOM :

PROMO :

TELEPHONE :

EMAIL :

ADRESSE :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association des Etudiants en Médecine de Nice, et assure m'y conformer.

Fait à Nice le

Ecrire « lu et approuvé » et signer :