



## VMEH-92 - BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné (nom, prénom) \_\_\_\_\_

déclare par la présente souhaiter être adhérent (e) de l'association VMEH-92 (« Visite des malades dans les établissements hospitaliers des Hauts de Seine ») et en accepter les statuts mis à ma disposition.

Je m'engage à respecter l'éthique et les règles de l'Association mises à ma disposition sur le site web Vmeh-92 et dans « Mon livret vert » édité par la Fédération VMEH.

Dans l'intérêt des patients/résidents, je m'engage en particulier à respecter l'interdiction d'effectuer des actes médicaux ou paramédicaux (donner des médicaments, donner ou apporter de la nourriture, à boire, déplacer une personne, ...) sauf autorisation écrite du personnel soignant ou de direction de l'établissement et après consultation du responsable de l'équipe VMEH (\*).

(\*) Eventuellement, cas particulier à préciser.

---

### Informations de contact du bénévole :

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date de naissance (facultatif) \_\_\_\_\_

Profession (facultatif) \_\_\_\_\_

Date d'entrée au sein de l'association VMEH-92 (facultatif) \_\_\_\_\_



**Adhésion reçue par délégation de la Présidente du Conseil d'Administration**

Valable pour l'année civile en cours et renouvelable annuellement par versement de la cotisation

Etablissement : \_\_\_\_\_

Responsable Vmeh-92 (nom et fonction) \_\_\_\_\_

Fait en deux exemplaires (\*) à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du bénévole  
(signature précédée de la mention Lu et Approuvé)

Signature du responsable Vmeh 92

(\*) Un exemplaire est conservé par le bénévole, l'autre est transmis au trésorier