

**SFETB**

**Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures**

*Domus Medica*

*79 rue de Tocqueville*

*75017 PARIS*

*France*

Pour devenir membre de la SFETB, il vous faudra remplir le présent formulaire et l'envoyer muni de votre règlement et de la signature de vos 2 parrains a l'adresse ci dessus.

**FORMULAIRE**

---

**Identité :**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

---

**Profession :**

Médecin      = anesthésiste-réanimateur    = chirurgien    = rééducateur  
                   = autre : précisez.....  
Paramédical      = infirmière    = kinésithérapeute/ergothérapeute  
                           =autre : précisez .....

---

**Coordonnées :**

Adresse personnelle (avec téléphone et e-mail) :.....  
.....  
.....  
.....

Adresse professionnelle (avec téléphone et e-mail) : .....  
.....  
.....  
.....

---

**Parrainage :**

Parrain n°1 (nom, prénom, adresse professionnelle, date et signature) :.....  
.....  
.....  
.....

Parrain n°2 (nom, prénom, adresse professionnelle, date et signature) :.....  
.....  
.....  
.....

**Date et signature :** .....