

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION

M. Mme Mlle ----- Né(e) le-----

Adresse professionnelle-----

Téléphone :----- Fax :----- E-mail :-----

ayant pris connaissance des STATUTS et du RÈGLEMENT INTÉRIEUR de la S.F.O.D.F., reconnue d'utilité publique, et m'engageant à m'y conformer, demande mon adhésion à la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale, en qualité de membre adhérent.

A ----- le -----

Signature.

RENSEIGNEMENTS

DIPLÔMES

- Chirurgien dentiste ou Doctorat en chirurgie dentaire
- Doctorat en médecine
- Doctorat d'université ou Doctorat d'Etat
- Autres (à préciser)

ÉTUDES SPÉCIALES

- Etudiant en cours de C.E.C.S.M.O. (justificatif à joindre)
- C.E.C.S.M.O. avec date d'obtention du diplôme
(copie du diplôme à joindre)
- D.U.O. Université à préciser -----
- C.E.S. O.D.F.
- C.E.S. autres (à préciser)
- Etudes spéciales autres (à préciser)

EXERCICE

Membre adhérent

- **Exercice orthodontique exclusif**
 - Chirurgien dentiste qualifié en O.D.F.
 - Stomatologiste compétent en O.D.M.F.
- **Exercice orthodontique non exclusif**
 - Chirurgien dentiste
 - Stomatologiste compétent en O.D.M.F. ou D.E.S.C. O.D.M.F.
 - Stomatologiste

Membre associé (ne pratiquant pas l'orthodontie)

- Médecin
- Chirurgien
- Autres (à préciser)

ENSEIGNEMENT

- Enseignant titulaire à temps plein
- Enseignant titulaire à temps partiel
- Assistant des universités

Aux termes des statuts, le parrainage est assuré par un membre titulaire.

Nom, prénom, adresse complète et signature du parrain.

Signature du parrain :