

**ACTA – Association des Doctorants et Docteurs de
l'École des Mines d'Albi-Carmaux**

*Siège social : Campus Jarlard, Route de Teillet
81013 ALBI Cedex 09*



ASSOCIATION
DES
DOCTORANTS

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Profession : doctorant post-doctorant autre (spécifier : _____)

Adresse : _____

Mél : _____ Tél : _____

Demande son inscription (gratuite) à l'association ACTA en qualité de membre pour les années :

2014 2015 2016

Date et lieu : _____ Signature : _____

**ACTA – Association des Doctorants et Docteurs de
l'École des Mines d'Albi-Carmaux**

*Siège social : Campus Jarlard, Route de Teillet
81013 ALBI Cedex 09*



ASSOCIATION
DES
DOCTORANTS

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Profession : doctorant post-doctorant autre (spécifier : _____)

Adresse : _____

Mél : _____ Tél : _____

Demande son inscription (gratuite) à l'association ACTA en qualité de membre pour les années :

2014 2015 2016

Date et lieu : _____ Signature : _____