



**AFRICOM**

CONSEIL INTERNATIONAL DES MUSÉES AFRICAINS

## FORMULAIRE POUR ÊTRE MEMBRE

*A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES*

Veillez envoyer le formulaire rempli et chèque payable à « AFRICOM » au Secrétariat d'AFRICOM :  
B.P. Box 38706 Ngara • 00600 Nairobi • Kenya • Courriel: membership@africom.museum

---

**Nom:** Prof / Dr / Monsieur / Mme / Mlle

---

**Prénom(s):**

**Sexe:**

**Date de Naissance** (jour/mois/année):

---

**Nationalité:**

---

**Nom de l'Institution:**

**Nature de l'Institution** (ex. Musée d'Art Contemporain):

**Position** (ex. Conservateur):

**Adresse Professionnelle** (avec adresse actuelle):

**Ville:**

**Pays:**

**Autre adresse** (pour les étudiants):

---

**Téléphone Bureau:**

**Télécopie:**

**Téléphone Portable** (facultatif):

(Indiquez les codes du pays, de la ville, ex: +254-2-748668)

---

**Courriel:** 1)  
2)

---

**Site Internet/web de l'Institution/URL:**

---

**Catégorie de membre** (cochez une fois):

<input type="checkbox"/>	Institutionnel	US\$ 50
<input type="checkbox"/>	Individuel	US\$ 10
<input type="checkbox"/>	Associé	US\$ 20
<input type="checkbox"/>	* Etudiant	US\$ 5

**\* JOINDRE LES DOCUMENTS EXPLICATIFS**

