



BULLETIN D'ADHESION 2025

A retourner au Siège de l'Association

COTISATION D'UN MONTANT DE **60 €**

ADHERENT			
NOM			
PRENOM(S)			
ADRESSE			
CODE POSTAL	VILLE		
PROFESSION			
TEL			
E-MAIL			
CONJOINT			
NOM			
PRENOM			
SITUATION FAMILIALE			
<input type="checkbox"/> MARIE	<input type="checkbox"/> DIVORCE	<input type="checkbox"/> CONCUBIN	<input type="checkbox"/> MONOPARENTAL
<input type="checkbox"/> VEUF	<input type="checkbox"/> CELIBATAIRE	<input type="checkbox"/> PACSE	

NOM	Prénom(s)	Date de naissance	Etablissement fréquenté

<input type="checkbox"/> COTISATION 60.00 €	<input type="checkbox"/> DON _____ €
	<i>Cadre réservé à l'administration</i>
	MONTANT _____
Date : ____/____/2025	BANQUE _____
	CHQ N° _____
	CERFA N° _____