

Exemplaire à conserver par l'association

BULLETIN D'ADHÉSION

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Commune : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :@.....

Montant de la cotisation : 15 €

Date de versement de la cotisation : / /

Durée d'adhésion : 1 année

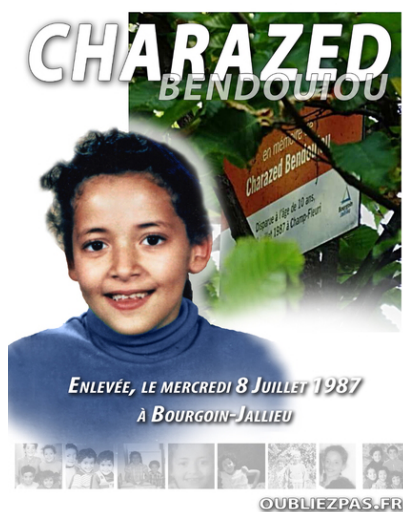
Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association « N'oubliez pas Charazed ».

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur.

Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant de 15 euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature du membre (précédé de la mention "Lu et approuvé")



Association N'oubliez pas Charazed
Mairie de Laragne-Monteglin, avenue Arthur Audibert,
Laragne-Monteglin 05300
**Déclarée à la préfecture des Hautes-Alpes sous le
numéro W0520021**