

BULLETIN D'ADHÉSION

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Code Postal : **Commune :**
Téléphone :
E-mail :@.....

Montant de la cotisation : € (valable 1 an)

Date d'expiration de l'adhésion : / /

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association Balalavoix. 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 euro·s demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature



précédée de la mention
"Lu et approuvé"

BULLETIN D'ADHÉSION

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Code Postal : **Commune :**
Téléphone :
E-mail :@.....

Montant de la cotisation : € (valable 1 an)

Date d'expiration de l'adhésion : / /

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association Balalavoix. 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 euro·s demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature



précédée de la mention
"Lu et approuvé"