

DEMANDE DE CARTE D'ADHERENT (à régler à la demande)

Cotisation familiale 2024 : 24 €uros

NOM et Prénom du titulaire :

NOM de naissance et **Prénom** du Conjoint :

Adresse :

Code postal et commune :

Activité de l'association :

Date de naissance : - du titulaire :

- du conjoint :

Situation Familiale :

Enfant(s) :

Nom :/...../...../.....

Prénom :/...../...../.....

Date Naissance :/...../.....

Régime social : Général MSA Spécial Autre

Titulaire : 0 0 0 0

Conjoint : 0 0 0 0

Activité Professionnelle :

Du Titulaire :

Du conjoint :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :