

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Commune : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :@.....

Personne atteinte : Vous Un membre de famille (Précisez) :.....

L'agénésie est-elle totale ou partielle ? isolée ?

Anomalie(s) associée(s) ? Si oui, précisez

.....

J'adhère à l'association « Raccord » dont le montant de la cotisation est de 15€.

Date de versement de la cotisation : / /

Je désire faire un don :(indiquez le montant du don)

(Les 2 choix sont possibles, cochez alors les 2 cases)

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association **RACCORD**.

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")

Merci d'envoyer par courrier ce document rempli et votre règlement à l'ordre « RACCORD » à l'adresse suivant :

Monmusson Morgane. « RACCORD »
79 boulevard de la Marne. 94210 SAINT MAUR DES FOSSES _ FRANCE