

Formulaire d'adhérent

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Commune : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :@.....

Montant de la cotisation :

Date de versement de la cotisation : / /

Date d'expiration de l'adhésion : / /

*Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association **La Confédération Syndicale des Familles d'Ille et Vilaine**.*

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 20 euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature du membre

(précédé de la mention "Lu et approuvé")