

Formulaire d'adhérent.e

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Commune : **Code Postal :**

Téléphone :

E-mail :@.....

Situation professionnelle : ☐ Etudiant.e ☐ Apprenti.e ☐ Demandeur.euse d'emploi ☐ Salarié.e
☐ Travailleur.euse indépendant.e ☐ Autre (précisez) :

Situation matrimoniale :

Montant de la cotisation :

Date de versement de la cotisation : / /

*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 du projet associatif.

J'ai connaissance que je peux consulter mes droits et mes devoirs en tant que membre de l'association au siège de la Csf Ud35 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")