



## BULLETIN D'ADHÉSION

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Adresse :** .....

**Commune :** ..... **Code Postal :** .....

**Téléphone :** .....

**E-mail :** .....@.....

**Montant de la cotisation :** 10 €

**Date de versement de la cotisation :** ..... / ..... / .....

**Date d'expiration de l'adhésion :** 31 / 08 / 20 .....

- J'accepte d'être photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'association et j'autorise De La Graine Aux Copeaux à utiliser ses photographies ou films pour leur communication (écrite, site internet, Facebook)

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association DE LA GRAINE AUX COPEAUX.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

**Signature du membre**

(Précédé de la mention "Lu et approuvé")