



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")