



## DEMANDE D'ADHÉSION

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Date de naissance :**  
**Adresse :**  
**Code Postal :**  
**Ville :**  
**Tel :**  
**Email :**

**Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association : PHAGES SANS FRONTIERES**

À ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et j'accepte de verser ma cotisation dure pour l'année en cours.

**Le montant de ma cotisation est de :** €  
payable par chèque ou par virement bancaire.

**Fait le :**  
**À :**  
**Signature :**  
**Précédé de la mention**  
**« lu et approuvé »**