



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 »**