



Memebre actif

Je soussigné(e),

M / Mme / Mlle NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Tel fixe : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Mail :@.....

Date de naissance : __ / __ / __

souhaite devenir membre actif pour l' Association April.

Par la présente je m'engage à verser un don mensuel du montant de mon choix pendant 1an
(renouvelable)

Signature