



Membre bienfaiteur

Je soussigné(e),

M / Mme / Mlle NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Portable : __ - __ - __ - __ - __

Tel fixe : __ - __ - __ - __ - __

Mail :@.....

Date de naissance : __ / __ / __

souhaite devenir membre bienfaiteur pour l' Association April.

Par la présente je m'engage à verser un droit d'entrée de 20euros et une cotisation mensuelle de 10euros pendant 1an (renouvelable).

Signature