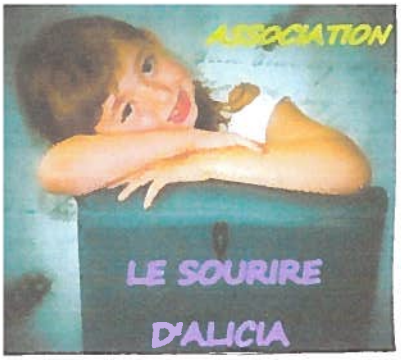

Association « LE SOURIRE d'ALICIA »

MAIRIE de LEVAL

Rue EMILE BRASSELET

59620 LEVAL

Association soumise à la loi du 1er Juillet 1901

Et au décret du 16 aout 1901

A remplir par l'adhérent (*exemplaire à conserver par l'association*)

NOM :.....

PRENOM :.....

DATE de NAISSANCE : ...../...../.....

ADRESSE :.....

.....

VILLE : ..... **CODE POSTAL :** .....

TEL : ...../...../...../...../..... **Email :** .....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association :

LE SOURIRE D'ALICIA

Année : .....

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur mis à disposition dans les locaux du siège de l'association.

Je règle la somme minimale de 5.00 € (cinq euros) valant titre de cotisation annuelle

Mode de PAIEMENT CHEQUE

ESPECES

Fait à ..... le .... /.... /20....

Signature de l'adhérent (e) :

Signature du Président(e) :