

BULLETIN D'ADHESION

**Association du
Dispensaire de Soins Naturels et d'Education à la Sante de la vallée de l'Eyrieux
Quartier-Champ
Boucharnoux
07360 St Michel de Chabrillanoux**

Association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901

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

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal:

Ville:

Courriel :

@

Téléphone:

*Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association, ci-dessus nommée.
A 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 accepte de
verser ma cotisation due pour l'année en cours.*

Le montant de la cotisation est de 10 € en individuel et 15 € pour une famille.

Fait à :

le

(faire précéder de la mention " lu et approuvé")

Signature: