

Association Signes des Mains

BULLETIN D'ADHESION 2025

NOM : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Né(e) le : _____ **à** : _____

E-mail : _____

Adresse :

Code postal : _____ **Ville** : _____

Numéro de portable : _____

MONTANT DE LA COTISATION DU MEMBRE

CHEQUE (à l'ordre : Signes des Mains) ou ESPECE ou CB (sur place)

Tarif unique 20 €

Possibilité de payer en ligne : <https://www.signesdesmains.org/adhesion>

En m'inscrivant à cette association, je fais partie du groupe What'sApp pour suivre les actualités « Flash Infos Sourds » (faire une demande en scannant ce QRCode)--->

Je m'engage à adhérer à l'association :

1 / à respecter les dispositions des statuts et le règlement intérieur.

2 / à verser la cotisation demandée pour l'année en cours.



Fait le année

Signature