

Association Signes des Mains

BULLETIN D'ADHESION **2023-2024**

NOM : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

E-mail : _____

Adresse :

Code postal : _____ **Ville :** _____

MONTANT DE LA COTISATION DU MEMBRE

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

Tarif unique 20 €

Possibilité de payer en ligne :

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