

BULLETIN D'ADHESION

Année 2021

Je soussigné (e) : Mr Mme Mlle Famille

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

En ma qualité de :

(cocher la case correspondante)

P�le enfants	<input type="checkbox"/> Famille d'enfant suivi Nom enfant(s)	SAVS-SIMES	<input type="checkbox"/> Personne suivie
	<input type="checkbox"/> Famille d'enfant en attente Nom enfant(s)		<input type="checkbox"/> Famille extérieure
P�le adultes	<input type="checkbox"/> Famille d'étudiant suivi Nom étudiant(s)	AUTRE	<input type="checkbox"/> Professionnel ARIEDA
	<input type="checkbox"/> �tudiant		<input type="checkbox"/> Membre du CA
	<input type="checkbox"/> Adulte		<input type="checkbox"/> LSF—Autre

Adhère à l'association ARIEDA : Cotisation minimum 20,00 à

Don  

Adhère à la Fédération Nationale UNAPEDA : 5,00  

Autorise l'ARIEDA à transmettre mes coordonnées à l'UNAPEDA

TOTAL

 

(Un seul chèque libellé à l'ordre de l'ARIEDA)

Fait  

Signature :

Le

Etre adh rent à l'ARIEDA permet, lors de l'Assemblée Générale, de présenter sa candidature au Conseil d'Administration

