



# Formulaire d'adhésion

## La voix des usagers

Association des usagers de la maison de santé pluridisciplinaire de Fréland

### Informations personnelles (à conserver par l'association)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association. A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et avoir accepté le règlement intérieur. 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 annuelle est de **5,-€**, payable par chèque ou espèces.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent

✂-----

### Reçu pour adhésion

#### A remplir par l'association (exemplaire à remettre à l'adhérent)

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
déclare par la présente avoir reçu le bulletin d'adhésion de :

**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Nom :** \_\_\_\_\_

ainsi que sa cotisation et l'ensemble des informations demandées.

L'adhésion du membre susnommé est ainsi validée. Ce reçu confirme la qualité de membre du postulant, et ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du président (ou de son représentant)