



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)