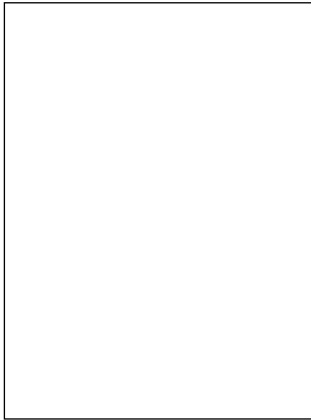


Partie 1/2 à conserver par l'association



Nom

Prénom

Date de naissance / /

Sexe Féminin Masculin

Adresse

Code postal

Ville

Profession

Tél. fixe

Tél. mobile

Mail@.....

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association [Solidarité Santé Europe Afrique].

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur mis à ma disposition.

Je prends note de mes droits et devoirs en qualité de membre de l'association et accepte de verser la cotisation annuelle d'un montant de 30 euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

SIGNATURE - précédée de la mention "Lu et approuvé"

[SOLIDARITE SANTE EUROPE AFRIQUE]
2 A Chemin du village, Lieu-dit Kerrouarc'h, 56520, Guidel, FRANCE
Association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

Partie 2/2 à conserver par l'adhérent

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

Prénom :

Nom :

ainsi que sa cotisation annuelle et l'ensemble des documents demandés lors de l'inscription.

Indiquer si documents manquants :

.....
.....

L'adhésion du membre nommé à l'association SOLIDARITE SANTE EUROPE AFRIQUE est donc validée.

Ce reçu confirme la qualité du membre postulant, et ouvre le droit à la participation aux Assemblées Générales de l'association.

Fait à, le /..... /

SIGNATURE