



www.associationpetitange.com



2024

SOUTIEN INDIVIDUEL

Nom Prénom

Date & lieu de naissance

Profession (facultatif)

Adresse.....

.....



.....



.....

Adhésion 2024 **10 €**

Renouvellement

Je souhaite devenir membre de votre association

Je m'engage à respecter les valeurs et les buts déclarés de celle-ci conformément aux statuts en vigueur.

Don 2024 €

Reçu Fiscal

Je souhaite faire un don (montant libre). Il donne droit à une réduction d'impôt.

Date

Signature

RESERVE A L'ASSOCIATION - ADMINISTRATION -

- | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|
| ADHESION / DONNS | <input type="checkbox"/> site APA | <input type="checkbox"/> H.Asso |
| Règlement en ligne | <input type="checkbox"/> virement | <input type="checkbox"/> Pay Pal <input type="checkbox"/> CB |
| Courrier Poste | <input type="checkbox"/> chèque | |
| Autres : | <input type="checkbox"/> Espèces | |
| | <input type="checkbox"/> | |

Observations :

ASSOCIATION PETIT ANGE - ENSEMBLE CONTRE LA MENINGITE

9 rue Georges Clémenceau Notre Dame de Gravenchon 76330 PORT-JEROME-SUR-SEINE

associationpetitange.eclm@orange.fr