



JE SOUSSIGNÉ :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal et ville :

Pays :

Téléphone :

EN TANT QUE REPRESENTANT LÉGAL DE :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

L'AUTORISE À

Être adhérent de l'APPFE

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

En complétant ce document, je certifie avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'APPFE. Je reconnais également avoir pris connaissance du montant de la cotisation annuelle (25 €), et accepte ainsi cette dernière.

Fait le/...../..... à

SIGNATURE – précédée de la mention « lu et approuvé »