

BULLETIN D'ADHÉSION

Vos coordonnées : Mme. Mlle. M.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Nom et Prénom de la personne handicapée : _____

Date de naissance : _____ Tutelle - Curatelle :

Établissement fréquenté : _____

Hébergement : _____ A domicile :

Je soussigné, déclare adhérer à **APOGEI 94 Action Familiale** et règle ma cotisation annuelle de 75 € qui comprend l'abonnement aux revues « Vivre Ensemble » et « Udapei 94 ».

Mon choix : (je choisis et je coche en face de l'option que j'ai choisie).

J'adhère à Apogei 94 Action Familiale **section d'Entre Marne et Seine et Brie**
78 rue des Ecoles 94000 Créteil

J'adhère à Apogei 94 Action Familiale **section de St Maur et des Bords de Marne**
42 boulevard de Bellechasse 94100 Saint Maur des Fossés

J'adhère à Apogei 94 Action Familiale **section Ariane**
96 avenue Victor Hugo 94100 St Maur des Fossés

Signature :

Fait le _____ à _____

Merci pour votre adhésion, et merci d'envoyer ce document à :
APOGEI 94 Action Familiale
85-87 avenue du Général de Gaulle - 94000 CRETEIL