

# APCHLE

## BULLETIN D'ADHÉSION

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Le soussigné déclare par la présente, souhaiter devenir membre de l'association APCHLE. J'accepte également de verser ma cotisation pour l'année en cours, par bulletin de versement ou sur le compte de l'association, IBAN: CH71 0900 0000 1506 0950 7-

Veillez mentionner "cotisation + année en cours" et cocher la case correspondante

Cotisation en tant que membre individuel 50 CHF

Cotisation en tant que famille 80 CHF

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_