



Association d'amis et parents
d'enfants handicapés mentaux
de la Boucle de la Seine

Leur projet de vie au cœur de nos actions

BULLETIN D'ADHESION

Nom et Prénom _____

Date de naissance _____

Profession _____

Adresse _____

_____ Tél. _____

E-mail _____

Je soussigné, déclare adhérer à l'association de Parents d'Enfants Handicapés Mentaux de la Boucle de la Seine

en qualité de membre Actif (1) _____

en qualité de membre Ami (2) _____

et verser à ce jour la somme de _____

correspondant à ma cotisation pour l'année _____

Cotisation 2018

65 euros adhésion simple

83 euros adhésion couple

34 euros multi-adhésion

Date _____

Signature

(1) Actif (parent d'enfant déficient)

(2) Ami (non parent)



Association d'amis et parents
d'enfants handicapés mentaux
de la Boucle de la Seine

Leur projet de vie au cœur de nos actions

BULLETIN D'ADHESION

Nom et Prénom _____

Date de naissance _____

Profession _____

Adresse _____

_____ Tél. _____

E-mail _____

Je soussigné, déclare adhérer à l'association de Parents d'Enfants Handicapés Mentaux de la Boucle de la Seine

en qualité de membre Actif (1) _____

en qualité de membre Ami (2) _____

et verser à ce jour la somme de _____

correspondant à ma cotisation pour l'année _____

Cotisation 2018

65 euros adhésion simple

83 euros adhésion couple

34 euros multi-adhésion

Date _____

Signature

(3) Actif (parent d'enfant déficient)

(4) Ami (non parent)