

BULLETIN D'ADHÉSION

ADHÉRENT·E

Informations de l'adhérent·e

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

SITUATION FAMILIALE

- ☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Marié·e / Pacsé·e
☐ Séparé·e / Divorcé·e ☐ Veuf·ve ☐ Monoparental·e

Nom et prénom du conjoint / partenaire
(le cas échéant) :

Enfants à charge

Nombre total :

- ☐ Mineur(s) :
☐ Majeur(s) :
☐ Majeur(s) en situation de handicap :
☐ Mort(s) pour la France :

ADHÉSION & RÈGLEMENT

Durée de validité : 12 mois – année civile

Montant de l'adhésion : 37 €

Don (facultatif) : €

TOTAL : €

66% DE VOTRE COTISATION
SONT DÉDUCTIBLES DE
VOS IMPÔTS

Type de règlement :

- ☐ Virement bancaire
IBAN : FR76 1027 8079 9800 0530 1214 208
BIC : CMCIFR2A
☐ Chèque
à l'ordre de France Alzheimer 05
☐ Espèces

Fait à :

Le :/...../.....

Date et signature :