



Formulaire d'adhésion

Membre

Renseignements généraux

Prénom(s) _____

Nom _____

Adresse _____

Téléphone (maison) _____ Téléphone (mobile) _____

Courriel _____

Profession _____

Sexe

- Féminin
- Masculin

Autres remarques _____

Par ma signature, je m'engage en tant que membre de l'Association La Colombe et à œuvrer pour la réalisation de son but. À ce titre, je m'engage à verser la cotisation annuelle de 35 euros.

Lieu et date :

Signature :

Formulaire à retourner :

par courrier électronique : administration@associationlacolombe.org

par courrier postal : Association La Colombe - 19 Rue du Musée - 13001 Marseille