



Bulletin d'adhésion - 2016

NOM :

PRENOM :

est père ou mère de l'enfant (Nom - Prénom):

Adresse :

CP Ville

N° Tel : N° portable :

Courriel :

Je verse mon adhésion (*) pour 2016 **et je reçois le journal de l'association : 15€**

Je verse mon adhésion (*) pour 2016 et je **ne reçois pas** le journal de l'association : **10€**

() L'adhésion est **nominative** et donne droit à une voix à l'assemblée générale.*

Je désire recevoir les informations liées à la vie de l'association

Je ne veux rien recevoir

Je fais un don de : 20€ 30€ 50€ Autre : €

(L'adhésion et le don font l'objet d'un reçu fiscal et ouvrent droit à réduction d'impôts suivant la législation en vigueur)

Date :

Signature

Bulletin à renvoyer à :

Association CHARLINE - Hôpital Charles Nicolle - Pavillon de Pédiatrie - 3^{ème} étage - 1 rue de Germont - 76031 ROUEN CEDEX

Tél. 02 32 88 87 55 - www.association-charline.fr - Contact@association-charline.fr