

Formulaire Devenir membre actif

Je souhaite devenir membre actif de l'APAEI de la Côte Fleurie pour faire évoluer le quotidien des personnes handicapées mentales et traduire les projets en actes.

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE PORTABLE : TÉLÉPHONE FIXE :

E-MAIL :

Vous êtes :

un parent ou un proche d'une personne accompagnée par l'APAEI de la Côte Fleurie

Merci de préciser le Nom, Prénom et établissement/service de la personne accueillie :

.....

un ami

une personne accompagnée par un établissement/service de l'APAEI de la Côte Fleurie

Je déclare être adhérent à l'APAEI de la Côte Fleurie et avoir réglé ma cotisation annuelle de 90 euros.

Merci de retourner ce formulaire à :

APAEI de la Côte Fleurie

7 rue de l'Hôtel de Ville

14160 DIVES SUR MER

Pour tout renseignement,

contacter le Siège au 02 31 91 21 54

Fait à :

Le :

Signature :