DORDOGNE AUTISME

Bulletin d'adhésion

NOM – Prénom		**N° tél portable :**
	Adhésion à 16 € **Individuel** Adhésion à 30 € - **Couple** Adhésion 5 € - **Personnes TSA dans la mesure de leurs désirs et possibilités** - Les mineurs dès 16 ans autistes ou non peuvent adhérer avec autorisation écrite préalable des parents.	
Adresse Postale		
Adresse mail		

Je soussigné _____ , déclare devenir membre de l'association Dordogne Autisme.
A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition au siège de l'association.
J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le paiement des cotisations est valable du 01 janvier au 31 décembre.

_____

Paiement par :

☐ *Paiement par Carte bancaire (sécurisé)*

☐ Chèque à l'ordre de DORDOGNE AUTISME
Adresse Postale : Mairie de Castels et Bezenac
Place de la Mairie
24220 CASTELS ET BEZENAC

Fait à _____ , le _____

(Signature de l'adhérent.e)