



ASSOCIATION EPI DE MAINS

N° :

Bulletin d'adhésion 2025

Renouvellement

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Code postal :

Commune :

Tel :

Courriel :

J'accepte de recevoir les informations de l'association par courriel

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'association Epi de Mains utilise vos données personnelles uniquement à des fins d'information et pour des statistiques internes.

Type d'adhésion :

simple 5 €

de soutien €

Date :

Signature :

Je souhaite recevoir un reçu : oui non

Partie à remplir par l'association

N° :

Je soussigné(e) assurant les fonctions de atteste avoir reçu de

la somme de :

adhésion simple 5 €

adhésion de soutien € pour l'année 2025

Date :

Signature :

