



BULLETIN D'ADHESION

Je, soussigné(e)

NOM: Prénom:

Adresse complète:

N° de téléphone: Adresse courriel:

Date de naissance: Profession:

Personne porteuse de handicap

Parent (précisez le lien):

Ami (e)

Famille d'accueil

de la personne porteuse de handicap:

NOM: Prénom:

Date de naissance: Etablissement ou service fréquenté:

Tuteur:

Mutuelle:

Professionnel : Etablissement : Fonction :

déclare souhaiter adhérer comme membre actif et donne mon adhésion aux statuts et au règlement intérieur de l'Apei d'Orange.

Je règle pour cela le montant de la cotisation fixé lors de la dernière assemblée générale: 65 € (soixante-cinq euros), somme composée de : 42 € part nationale Unapei, 4 € part régionale Urapei, 9 € part départementale Udapei 84 et 10 € part Apei d'Orange.

Pour aider l'Apei d'Orange dans ses réalisations, j'ajoute la somme de €.

J'adresse la somme de 65 € + € =€, par chèque libellé à l'ordre de l'Apei d'Orange et adressé à :

Monsieur le secrétaire Apei d'Orange 1 rue de Champlain CS 80212 84108 ORANGE CEDEX

Je recevrai un reçu, conforme à la législation, que je pourrai transmettre aux services des impôts.

A le

Signature :