



Demande d'adhésion

(Merci de remplir en majuscules)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____

Je souhaite adhérer à l'association AFRIKABIDON et joins mon règlement :

Ressortissants africains	10 €
Autres nationalités	20 €

par chèque, à l'ordre de Association Afrikabidon

par C.B.

Carte n°

Expire le _____ mois année

Cryptogramme (3 chiffres au dos de la carte)

Merci de retourner cette demande d'adhésion dûment complétée et accompagnée de votre règlement, à :

AFRIKABIDON – Route de St Remèze – 07700 BIDON
Tél. 04 75 97 20 40