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 79 97 24 86