

## INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Adresse email	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>		

Montant de cotisation **15 €** Période d'adhésion

Le règlement de la cotisation doit être effectué par chèque dans un délai d'un mois suivant l'affranchissement du formulaire d'adhésion.

Je déclare vouloir adhérer à l'ADULLACT à titre individuel. A ce titre, je reconnais avoir lu les statuts et le règlement intérieur. J'ai pris connaissance des obligations qui incombent aux membres et je m'engage à les respecter.

J'accepte que mes informations personnelles soient conservées et utilisées par l'ADULLACT pour me communiquer les informations relatives à mon adhésion et à la vie de l'association.

Fait à  le

**Signature** (nom et prénom)