



BULLETIN D'ADHESION

Année : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Courriel : _____

Montant à régler (au choix) :

Adhésion annuelle minimum : **5 €**

Membre soutien (montant libre) : _____

Par chèque à l'ordre de :

Association Relais santé bien-être

En espèce

Signature :

A envoyer ou à déposer à l'adresse :

1, rue de Buchenberg BP 71 53400 CRAON