



## BULLETIN D'ADHESION 2018/2019

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

MAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

### *Je demande mon adhésion à « l'association des jeunes de Kakandé »*

- ☐ Membre actif : 10 € de cotisation annuelle et individuelle
- ☐ Je ne souhaite pas adhérer l'association je fais un don
- ☐ Je souhaite recevoir des informations

Je règle la somme de : ..... € à l'ordre de « l'association des jeunes kakandé »

par : ☐ chèque ☐ espèces

Date :

Signature :

---

### Reçu

L'association loi 1901 « association des jeunes de kakandé » siège social : 15 passage du poteau 75018 Paris reconnaît avoir reçu la somme de ..... €

de..... le .....

merci pour votre soutien.

Tel : 07 82 10 86 57

e-mail : [contact@associationjeuneskakande.org](mailto:contact@associationjeuneskakande.org)